

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ НА 2017 ГОД

г. Красноярск
30.12.2016

РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Тарифное соглашение системы обязательного медицинского страхования Красноярского края на 2017 год заключено с целью реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования и в соответствии с:

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

Федеральным законом от 22.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»,

приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС),

постановлением Правительства РФ от 19.12.2016 № 1403 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов»,

Законом Красноярского края от 08.12.2016 № 2-190 «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края на 2017 год и плановый период 2018 и 2019 годов»,

постановлением Правительства Красноярского края от 27.12.2016 № 682-п «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов»,

постановлением Правительства Красноярского края от 26.12.2011 № 799-п «О создании комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Красноярского края» (в ред. Постановления Правительства Красноярского края от 10.06.2016 № 284-п),

постановлением Правительства Красноярского края от 30.09.2013 № 516-п «Об утверждении государственной программы Красноярского края «Развитие здравоохранения» (в ред. Постановления Правительства Красноярского края от 21.06.2016 № 309-п),

приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (в ред. Приказа ФФОМС от 14.04.2015 № 64, от 29.11.2016 № 267).

Предметом настоящего Соглашения является согласование:

- тарифов на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования в амбулаторных и стационарных условиях, в условиях дневного стационара всех типов, при оказании скорой медицинской помощи;
- способов оплаты медицинской помощи, ориентированных на результат деятельности медицинских организаций;
- показателей оценки деятельности медицинских организаций;
- порядок оценки результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
- иных аспектов оплаты медицинской помощи и взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования.

Представители сторон тарифного соглашения:

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ в лице министра здравоохранения Красноярского края Янина Вадима Николаевича;

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ (далее – ФОНД) в лице директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края Козаченко Сергея Витальевича;

СТРАХОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ в лице председателя Красноярской ассоциации страховых медицинских организаций Тасейко Ларисы Ивановны;

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СОЮЗ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ в лице председателя Красноярской территориальной (краевой) организации профсоюза работников здравоохранения РФ Чугуевой Елены Власовны;

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ в лице председателя ассоциации «Красноярская медицинская палата» Подкорытова Алексея Викторовича.

СТОРОНЫ, являющиеся участниками настоящего Соглашения,

принимая во внимание основную цель развития системы здравоохранения на территории Красноярского края, заключающуюся в формировании системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки,

признавая необходимым установить посредством Тарифного соглашения единые правила формирования тарифов на медицинские услуги и совершенствование порядка оплаты медицинской помощи,

с уважением соблюдая права и интересы каждой из СТОРОН,

принимают на себя и обязуются добросовестно в полном объеме выполнять следующие обязательства:

ОРГАНЫ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ обязуются осуществлять:

- организацию лицензирования медицинской деятельности;
- обеспечение контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
- разработку нормативов оказания медицинской помощи, контроль за их соблюдением;
- разработку предложений по совершенствованию системы обязательного медицинского страхования граждан;

- информационный обмен в соответствии с установленными стандартами и регламентами;

- обеспечение защиты конфиденциальной информации, в том числе персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

ФОНД обязуется осуществлять:

- финансирование обязательного медицинского страхования в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и Красноярского края;

- обеспечение финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования на территории Красноярского края;

- контроль за целевым использованием финансовых средств, направленных на обязательное медицинское страхование граждан;

- обеспечение предусмотренных законодательством Российской Федерации прав граждан в системе обязательного медицинского страхования;

- информационный обмен в соответствии с установленными стандартами и регламентами;

- обеспечение защиты конфиденциальной информации, в том числе персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

СТРАХОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ обязуются обеспечить:

- использование средств обязательного медицинского страхования по целевому назначению;
- осуществление оплаты медицинской помощи в порядке, установленном настоящим Тарифным соглашением;
- осуществление контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с договорами на оказание медицинской помощи застрахованным по обязательному медицинскому страхованию;
- осуществление защиты интересов застрахованных;
- осуществление информационного обмена в соответствии с установленными стандартами и регламентами;
- обеспечение защиты конфиденциальной информации, в том числе персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СОЮЗ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ обеспечить:

- активное участие в формировании и реализации региональной нормативной правовой базы в сфере деятельности здравоохранения в условиях его реформирования и модернизации, совершенствования правового положения медицинских организаций, исходя из необходимости повышения уровня защищенности профессиональных, трудовых и социально-экономических прав и интересов работников отрасли;
- проведение информационной работы в медицинских организациях;
- контроль за соблюдением медицинскими организациями норм трудового законодательства;
- осуществление иных полномочия в соответствии с действующим законодательством в Российской Федерации.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ обязуются обеспечить:

- активное участие в формировании и реализации региональной нормативной правовой базы в сфере деятельности здравоохранения в условиях его реформирования и модернизации, совершенствования правового положения медицинских организаций;
- разработку предложений по совершенствованию системы обязательного медицинского страхования граждан;
- проведение информационной работы в медицинских организациях;
- осуществление иных полномочия в соответствии с действующим законодательством в Российской Федерации.

За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Соглашению **СТОРОНЫ** несут ответственность в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации и настоящим Соглашением.

Термины и определения:

Медицинские организации (далее – МО) - организации, имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, организации любой предусмотренной законодательством РФ организационно-правовой формы, индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой.

Медицинские организации первого уровня – медицинские организации, имеющие в своей структуре подразделения, оказывающие населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа):

первичную медико-санитарную помощь;

и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 4 профилям, включая терапевтический, хирургический и педиатрический профиль;

и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь;

и (или) паллиативную медицинскую помощь.

Медицинские организации второго уровня – медицинские организации, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие в том числе специализированную (за

исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 5 и более профилям медицинской помощи и (или) населению нескольких муниципальных образований, а также специализированные больницы, больницы скорой медицинской помощи, центры, диспансеры (противотуберкулезные, психоневрологические, наркологические и иные).

Медицинские организации третьего уровня – медицинские организации, имеющие в своей структуре подразделения, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

Предельная стоимость - предельный размер оплаты медицинской помощи, соответствующий установленным объемам предоставления медицинской помощи и финансовым средствам в разрезе условий оказания с выделением высокотехнологичной медицинской помощи.

Посещение - единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях при взаимодействии пациента с врачом, средним медицинским персоналом (фельдшер, акушерка, медицинская сестра, работающая на ФАПе), ведущим самостоятельный прием, в том числе в условиях ФАПа, по поводу заболевания или с профилактической целью с последующей записью в медицинской карте амбулаторного пациента.

Законченный случай госпитализации - случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации ТП ОМС.

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

Базовая ставка - средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий (средняя стоимость законченного случая лечения).

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

При оказании скорой медицинской помощи, в случае необходимости, осуществляется медицинская эвакуация, представляющая собой транспортировку граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовом периоде и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий).

Медицинская эвакуация осуществляется выездными бригадами скорой медицинской помощи с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования, а также без оказания медицинской помощи.

Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию - отражает размер средств ОМС, необходимых для компенсации затрат в соответствии с ТП ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо.

Подушевая оплата медицинской помощи, предоставляемой в амбулаторных условиях - механизм финансирования медицинской организации, имеющей прикрепленное население, при котором объем выделяемых средств рассчитывается, исходя из количества прикрепившихся застрахованных лиц и размера дифференцированного подушевого норматива финансирования.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования при оплате медицинской помощи, предоставляемой в амбулаторных условиях - объем финансирования в расчете на одного прикрепленного застрахованного по ОМС жителя.

Медицинские организации прикрепления (далее – МО-прикрепления) – медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, участвующие в реализации ТП ОМС и имеющие прикрепленное население - застрахованное по ОМС в Красноярском крае, оплата медицинской помощи которых осуществляется по подушевому нормативу.

Медицинские организации – исполнители (далее – МО-исполнители) – медицинские организации, оказывающие внешние медицинские услуги. МО-прикрепления является одновременно МО-исполнителем в случае оказания внешних медицинских услуг не прикрепленным гражданам.

Внешние медицинские услуги - консультативные, диагностические, лечебные услуги, оказываемые в амбулаторных условиях застрахованным по ОМС гражданам, не прикрепленным к МО-исполнителю, по направлению МО-прикрепления.

ОСОБЕННОСТИ ТАРИФНОГО СОГЛАШЕНИЯ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ НА 2017 ГОД.

Тарифное соглашение системы обязательного медицинского страхования Красноярского края на 2017 год (далее – Тарифное соглашение) сформировано в соответствии с Требованиями к структуре и содержанию Тарифного соглашения, установленными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 № 200.

Тарифное соглашение на 2017 год предусматривает:

1. Перечень требований к медицинским организациям и страховым медицинским организациям системы ОМС, которые сформированы на основании норм Федерального закона от 22.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

2. Совершенствование способов оплаты медицинской помощи, ориентированных на результат деятельности медицинских организаций:

2.1. Переход на подушевое финансирование 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).

2.2. Внедрение федеральной модели оплаты медицинской помощи в условиях дневных стационаров и в стационарных условиях, сформированных на основе клинико-статистических групп заболеваний.

3. Планирование объемов медицинской помощи и расходов на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования на основе КСГ.

4. Совершенствование порядка контроля за выполнением программы ОМС: на базе ТФОМС Красноярского края осуществляется ежемесячный контроль выполнения территориальной программы ОМС (оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций);

по результатам мониторинга выполнения территориальной программы ОМС формирование поручений страховым медицинским организациям по планированию МЭЭ и ЭКМП;

результаты контрольных мероприятий рассматриваются на заседаниях рабочей группы и комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

ПЕРЕЧЕНЬ ТРЕБОВАНИЙ К МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ И СТРАХОВЫМ МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.

Руководствуясь Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», с целью реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования **Тарифное соглашение основано на следующих принципах:**

приоритетность законных прав и интересов граждан на получение доступной и качественной медицинской помощи по программе ОМС;

обязательность исполнения сторонами Тарифного соглашения и договорных обязательств в системе ОМС, безусловность ответственности за их исполнение;

преимственность при реализации государственной политики в сфере здравоохранения и ОМС: финансирование через систему ОМС проекта «Здоровье», мероприятий по модернизации здравоохранения, программы «Развитие здравоохранения» до 2020 года;

эквивалентность оплаты фактически оказанной медицинской помощи результатам деятельности в соответствии с критериями оценки и показателей результативности;

программно-целевое финансирование, направленное на достижение результативности. Эффективность использования средств ОМС, при обеспечении доступности и качества медицинской помощи;

полноты, достоверности, своевременности предоставления информации, и **ответственности** за действительность сведений, в соответствии с которым обеспечивается предоставление участниками системы ОМС в соответствии с нормативными документами, условиями договоров в сфере ОМС, полной и актуальной информации, соответствующей реальным фактам, первичным учетным документам, правдиво отражающей действительное состояние дел, и обеспечивающей возможность принятия на ее основе управленческих решений.

Участники обязательного медицинского страхования несут гражданско-правовую ответственность за нарушение принципов **обязательности исполнения сторонами Тарифного соглашения** и договорных обязательств в системе ОМС, **полноты, достоверности, своевременности** предоставления информации, включая применение штрафных санкций; финансовой и дисциплинарной ответственности к руководителю организации; исключения из системы ОМС Красноярского края, путем инициирования отзыва лицензии, расторжения договоров в сфере ОМС.

Следуя основным принципам, к медицинским организациям и страховым медицинским организациям установлены требования.

Требования к медицинским организациям:

- осуществление деятельности в сфере ОМС на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и неправомерности отказа застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования;

- оказание медицинской помощи по видам медицинской деятельности в соответствии с действующими лицензиями медицинской организации, условиями лицензии (перечнем видов работ (услуг), относящихся к медицинской деятельности);

- обязанность бесплатно оказывать застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках ТП ОМС;

- готовность выполнения медицинской организацией ТП ОМС и достижения целевых показателей доступности и качества медицинской помощи в том числе:

оказания первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи по группам заболеваний и состояниям, входящим в базовую программу ОМС;

соответствие кадрового состава врачей и среднего медицинского персонала штатным нормативам для соответствующих медицинских организаций;

наличие подготовленных специалистов, имеющих соответствующие сертификаты или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи;

- обеспечение внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи;

- готовность оказывать медицинскую помощь в соответствии с порядками оказания медицинской помощи. В случае возникновения обстоятельств, которые могут привести к нарушению требований оказания медицинской помощи, в течение трех рабочих дней представить в страховые медицинские организации сведения о возникших обстоятельствах;

- повышение роли отделений и кабинетов медицинской профилактики по развитию индивидуальных форм профилактической работы с населением по коррекции факторов риска и повышению мотивации к ведению здорового образа жизни;

- осуществление мероприятий, направленных на раннюю диагностику и профилактику артериальной гипертензии и ее осложнений, предупреждение, раннее выявление сердечно-сосудистых заболеваний;

- использование средств ОМС, полученных за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с ТП ОМС, по целевому назначению;

- ведение раздельного учета по операциям со средствами обязательного медицинского страхования;

- ведение персонифицированного учета сведений о медицинских услугах, оказанных застрахованному лицу, и примененных лекарственных препаратах и расходных материалах;

- обеспечение достоверности и своевременности предоставления отчетности о деятельности в сфере ОМС;

- обеспечение достоверности и своевременности предоставления счетов на оплату медицинской помощи, информации о фактически оказанной медицинской помощи;

- соблюдение условий оказания медицинской помощи, в том числе предельных сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке;

- реализация прав гражданина на выбор медицинской организации и врача;

- организация прикрепления граждан к медицинской организации, к участковому врачу для оказания ПМСП в амбулаторных условиях, обеспечить ведение паспортов участков;

- наличие программно-технических средств, обеспечивающих:

ведение персонифицированного учета застрахованных лиц и оказанной им медицинской помощи;

информационный обмен с ТФОМС Красноярского края и СМО в электронном виде с соблюдением условий защиты передаваемых данных и соблюдением форматов и состава данных;

- наличие приказа, определяющего работников медицинской организации, допущенных к работе со сведениями персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;

- наличие собственного официального сайта в сети «Интернет» с размещением информации о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи;

- организация информирования застрахованных лиц на информационных стендах, размещенных в медицинской организации, с указанием сведений о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, а также показателей доступности и качества медицинской помощи, перечень которых установлен ТП ОМС на 2017 год;

- внедрение современных информационных технологий при оказании медицинской помощи, в том числе автоматизированной записи на прием к врачу с использованием информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" и информационно-справочных сенсорных терминалов, записи к врачу по многоканальному телефону, обмена телемедицинскими данными, внедрение технологии дистанционного консультирования;

- информационное сопровождение застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования».

Требования к страховым медицинским организациям (далее – СМО):

- наличие лицензии, выданной федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности;

- осуществление своей деятельности в сфере ОМС на основании договора о финансовом обеспечении ОМС, договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, заключенного между страховой медицинской организацией и медицинской организацией;

- получение от медицинских организаций сведений, необходимых для осуществления контроля за соблюдением требований к предоставлению медицинской помощи застрахованным лицам, информации о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи и иных сведений в объеме и порядке, которые установлены договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, обеспечение их конфиденциальности и сохранности, а также осуществление проверки их достоверности;

- организация оказания медицинской помощи застрахованному лицу в другой медицинской организации в случае утраты медицинской организацией права на осуществление медицинской деятельности;

- ведение учета застрахованных лиц, выданных им полисов ОМС, а также обеспечение учета и сохранности сведений, поступающих от медицинских организаций в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета;

- наличие консультационно-справочной службы, обеспечивающей: организацию приема застрахованных лиц; учет обращений и заявлений застрахованных лиц; учет принятых мер по обращению;

- наличие юридической службы, обеспечивающей защиту прав застрахованных. Осуществление рассмотрения обращений и жалоб граждан, осуществление деятельности по защите прав и законных интересов застрахованных лиц в порядке, установленном законодательством РФ;

- наличие службы контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Осуществление контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, в том числе путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, и предоставление отчета о результатах такого контроля;

- при проведении внешних контрольных мероприятий осуществлять контроль наличия в медицинской организации системы внутреннего контроля качества медицинской помощи и эффективности ее проведения;

- наличие у СМО собственного официального сайта в сети «Интернет»;

- осуществление информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи в порядке, установленном правилами ОМС;

- содействие активному привлечению застрахованных лиц к прохождению диспансеризации;

- использование полученных по договору о финансовом обеспечении ОМС средств по целевому назначению;

- наличие документа, подтверждающего право СМО на осуществление деятельности по технической защите конфиденциальной информации, защите персональных данных;

- наличие сертифицированных программно-технических средств, обеспечивающих:

защиту персональных данных, обрабатываемых в СМО;

ведение персонифицированного учета застрахованных лиц и оказанной им медицинской помощи;

информационный обмен с ТФОМС и медицинскими организациями в электронном виде с соблюдением условий защиты передаваемых данных и соблюдением форматов и состава данных;

сбор, обработка данных персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, обеспечение их сохранности и конфиденциальности, осуществление обмена указанными сведениями между субъектами ОМС и участниками ОМС.

РАЗДЕЛ 2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ.

Настоящий раздел устанавливает порядок взаимодействия ТФОМС Красноярского края, страховых медицинских организаций и медицинских организаций при оплате медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – ОМС).

Устойчивость финансовой системы является одним из принципов ОМС и обеспечивается, в том числе, применением эффективных способов оплаты медицинской помощи, ориентированных на результат деятельности медицинских организаций.

При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, применяются следующие способы оплаты:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц **в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи** - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц (женские консультации, травматологические пункты, стоматологические поликлиники, консультативные поликлиники, приемные отделения стационаров);

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).

При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний;

за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний;

за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), - по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, производится СМО в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи в пределах объемов медицинской помощи по ТП ОМС, установленных Комиссией по разработке ТП ОМС на основании предъявляемых медицинскими организациями счетов-реестров, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в сроки,

предусмотренные договором. Контроль выполнения предельных объемов медицинской помощи по ТП ОМС осуществляется ТФОМС Красноярского края в целом по медицинской организации.

2.1. СВЕДЕНИЯ О ПРИМЕНЕНИИ СПОСОБОВ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.

2.1.1. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.

2.1.1.1. Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц.

Наименование муниципальных образований края	Перечень медицинских организаций		
	уровни		
	первый	второй	
Западная группа районов			
г. Ачинск	НУЗ «Отделенческая поликлиника на ст. Ачинск ОАО РЖД»	КГБУЗ «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2»	КГБУЗ «Ачинский краевой центр охраны материнства и детства № 2»
	Филиал ООО «РУСАЛ Медицинский Центр» в г. Ачинске		
г. Боготол	КГБУЗ «Боготольская межрайонная больница»		
г. Назарово	КГБУЗ «Назаровская районная больница»		
	ООО «Медико-санитарная часть «Угольщик»		
Назаровский район	КГБУЗ «Назаровская районная больница № 2»		
	КГБУЗ «Степновская участковая больница»		
г. Шарыпово	КГБУЗ «Шарыповская городская больница»		
Шарыповский район	КГБУЗ «Шарыповская районная больница»		
Бирилюсский район	КГБУЗ «Бирилюсская районная больница»		
Большеулуйский район	КГБУЗ «Большеулуйская районная больница»		
Козульский район	КГБУЗ «Козульская районная больница»		
Тюхтетский район	КГБУЗ «Тюхтетская районная больница»		
Ужурский район	КГБУЗ «Ужурская районная больница»		
	НУЗ «Узловая поликлиника на станции Ужур ОАО «РЖД»		
пгт. Солнечный	КГБУЗ «Городская больница ЗАТО Солнечный Красноярского края»		
Восточная группа районов			
г. Канск		КГБУЗ «Канская межрайонная детская больница»	КГБУЗ «Канская межрайонная детская больница»
Абанский район	КГБУЗ «Абанская районная больница»		
Дзержинский район	КГБУЗ «Дзержинская районная больница»		
Иланский район	КГБУЗ «Иланская районная больница»		
	НУЗ «Узловая поликлиника на ст. Иланская ОАО «РЖД»		
Ирбейский район	КГБУЗ «Ирбейская районная больница»		
Нижнеингашский район	КГБУЗ «Нижнеингашская районная больница»		
Тасеевский район	КГБУЗ «Тасеевская районная больница»		
Центральная группа районов			
г. Бородино	КГБУЗ «Бородинская городская больница»		
г. Дивногорск		КГБУЗ «Дивногорская межрайонная больница»	
г. Красноярск	ФГБУЗ «Больница Красноярского научного центра Сибирского отделения РАН»	КГБУЗ «Красноярская межрайонная поликлиника № 5»	ФГБУ «Федеральный научный центр биологической регуляции развития»
	КГБУЗ «Красноярская краевая больница № 2»	КГБУЗ «Красноярская межрайонная больница № 2»	КГБУЗ «Красноярская краевая больница № 2»
	КГБУЗ «Красноярская городская детская больница № 8»	КГБУЗ «Красноярская межрайонная больница № 3»	НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Красноярск Красноярского края»
	ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Красноярскому краю»	КГАУЗ «Красноярская межрайонная больница № 5»	
	ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России»	КГБУЗ «Красноярская межрайонная детская клиническая больница № 1»	
	КГБУЗ «Красноярская городская детская поликлиника № 1»	КГБУЗ «Красноярская межрайонная детская клиническая больница № 5»	
	КГБУЗ «Красноярская городская детская поликлиника № 2»	КГБУЗ «Красноярская межрайонная поликлиника № 1»	
	КГБУЗ «Красноярская городская детская поликлиника № 3»	ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения	

Наименование муниципальных образований края	Перечень медицинских организаций		
	уровни		
	первый	второй	
		РАН» - обособленное подразделение Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера	
	КГБУЗ «Красноярская городская детская поликлиника № 4»		
	КГБУЗ «Красноярская городская поликлиника № 2»		
	КГБУЗ «Красноярская городская поликлиника № 4»		
	КГБУЗ «Красноярская городская поликлиника № 6»		
	КГБУЗ «Красноярская городская поликлиника № 7»		
	КГБУЗ «Красноярская городская поликлиника № 12»		
	КГБУЗ «Красноярская городская поликлиника № 14»		
	ООО «РУСАЛ Медицинский Центр»		
г. Сосновоборск	КГБУЗ «Сосновоборская городская больница»		
Балахтинский район	КГБУЗ «Балахтинская районная больница»		
Березовский район	КГБУЗ «Березовская районная больница»		
Большемуртинский район	КГБУЗ «Большемуртинская районная больница»		
Емельяновский район	КГБУЗ «Емельяновская районная больница»		
пгт. Кедровый	КГБУЗ «Больница п. Кедровый»		
Манский район	КГБУЗ «Манская районная больница»		
Новоселовский район	КГБУЗ «Новоселовская районная больница»		
Партизанский район	КГБУЗ «Партизанская районная больница»		
Рыбинский район	КГБУЗ «Рыбинская районная больница»		
	НУЗ «Узловая больница на ст. Саянская ОАО «РЖД»		
Саянский район	КГБУЗ «Саянская районная больница»		
Сухобузимский район	КГБУЗ «Сухобузимская районная больница»		
Уярский район	КГБУЗ «Уярская районная больница»		
	НУЗ «Узловая поликлиника на ст. Уяр ОАО «РЖД»		
Лесосибирская группа районов			
г. Лесосибирск		КГБУЗ «Лесосибирская межрайонная больница»	
Енисейский район	КГБУЗ «Енисейская районная больница»		
Казачинский район	КГБУЗ «Казачинская районная больница»		
Пировский район	КГБУЗ «Пировская районная больница»		
Северо-Енисейский район	КГБУЗ «Северо-Енисейская районная больница»		
Мотыгинский район	КГБУЗ «Мотыгинская районная больница»		
Южная группа районов			
г. Минусинск		КГБУЗ «Минусинская межрайонная больница»	
Ермаковский район	КГБУЗ «Ермаковская районная больница»		
Идринский район	КГБУЗ «Идринская районная больница»		
Каратузский район	КГБУЗ «Каратузская районная больница»		
Краснотуранский район	КГБУЗ «Краснотуранская районная больница»		
Курагинский район	КГБУЗ «Курагинская районная больница»		
Шушенский район	КГБУЗ «Шушенская районная больница»		
Норильская группа районов			
г. Норильск	КГБУЗ «Норильская городская больница № 3»	КГБУЗ «Норильская межрайонная детская больница»	
		КГБУЗ «Норильская межрайонная поликлиника № 1»	
		КГБУЗ «Норильская межрайонная поликлиника № 2»	
		КГБУЗ «Норильская межрайонная поликлиника № 3»	
Таймырский Долгано-Ненецкий муниципальный район	КГБУЗ «Таймырская районная больница № 1»		
	КГБУЗ «Таймырская межрайонная больница»		
Богучанская группа районов			
Богучанский район	КГБУЗ «Богучанская районная больница»		
	КГБУЗ «Чуноярская участковая больница»		
Кежемский район	КГБУЗ «Кежемская районная больница»		
Туруханский район	КГБУЗ «Туруханская районная больница»		
	КГБУЗ «Игарская городская больница»		
Эвенкийский муниципальный район	КГБУЗ «Туринская межрайонная больница»		
	КГБУЗ «Байкитская районная больница № 1»		
	КГБУЗ «Ванаварская районная больница № 2»		
г. Железногорск			ФГБУЗ «Российский федеральный центр биологических исследований»
г. Зеленогорск			ФГБУ «Клинический институт биологии и биохимии»

2.1.1.2. Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), не имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

Наименование муниципальных образований края	Перечень медицинских организаций		
	первый	уровни второй	
Западная группа районов			
г. Ачинск		КГБУЗ «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2»	
	КГАУЗ «Ачинская межрайонная стоматологическая поликлиника»		
г. Назарово	КГАУЗ «Назаровская городская стоматологическая поликлиника»		
г. Шарыпово	ООО «Медобслуживание»		
Восточная группа районов			
г. Канск	КГБУЗ «Канская межрайонная стоматологическая поликлиника»		
Центральная группа районов			
г. Красноярск	КГБУЗ «Красноярский краевой Центр медицинской профилактики»	КГБУЗ «Красноярская краевая офтальмологическая клиническая больница имени профессора П.Г. Макарова»	КГБУЗ «Краевая охрана матери
	КГАУЗ «Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 1»	КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 7»	КГБУЗ «Красноярская краевая онкологическая больница № 20»
	КГАУЗ «Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 2»	КГБУЗ "Красноярская межрайонная клиническая больница № 4"	КГБУЗ «Красноярская краевая онкологическая больница № 20»
	КГАУЗ «Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 3»	КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 1»	КГБУЗ «Красноярская краевая онкологическая больница № 20»
	КГАУЗ «Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 4»	КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 2»	КГБУЗ «Красноярская краевая онкологическая больница скорой помощи № 1»
	КГАУЗ «Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 5»	КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 4»	ФГБУ «Федеральный научный центр хирургии» Минздрава России
	КГАУЗ «Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 7»	КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 5»	
	КГАУЗ «Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 8»	КГБУЗ «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1»	
	ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России»	КГБУЗ «Красноярский краевой госпиталь для ветеранов войн»	
	КГАУЗ «Красноярский краевой Центр профилактики и борьбы со СПИД»	КГБУЗ «Красноярский краевой медико-генетический центр»	
	ООО «Медицина компьютерных технологий»	КГБУЗ «Красноярский краевой лечебно-физкультурный диспансер»	
	ООО «Стоматология для Вас»		
	ООО «Центр Современной Кардиологии»		
	ООО «МЕДЮНИОН»		
	ООО "ЛаЭк"		
	ООО «Лотос»		
	ООО «Медобслуживание»		
	ООО Центр здоровья «Виктория»		
	ООО «Мед-Визит»		
Лесосибирская группа районов			
г. Лесосибирск	КГБУЗ «Лесосибирская межрайонная стоматологическая поликлиника»		
г. Минусинск	ООО «Виктория»		
Норильская группа районов			
г. Норильск	КГБУЗ «Норильская городская больница № 2»	КГБУЗ «Норильский межрайонный родильный дом»	
	КГБУЗ «Норильская городская стоматологическая поликлиника»	КГБУЗ «Норильская межрайонная больница № 1»	

2.1.1.3. Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций) являющиеся медицинскими организациями-исполнителями диагностических исследований, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

Наименование муниципальных образований края	Перечень медицинских организаций
Западная группа районов	
г. Ачинск	НУЗ «Отделенческая поликлиника на ст. Ачинск ОАО РЖД» КГБУЗ «Ачинская межрайонная больница» КГБУЗ «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2» ООО «РУСАЛ Медицинский Центр» (филиал) ООО «Фортуна» ООО «Диагностический центр «Гармония»» ООО «Медицинский консультационный центр «ДоброМед»»
г. Боготол	КГБУЗ «Боготольская межрайонная больница»
г. Назарово	КГБУЗ «Назаровская районная больница»
г. Шарыпово	КГБУЗ «Шарыповская городская больница» КГБУЗ «Дубининская городская больница»
Шарыповский район	КГБУЗ «Шарыповская районная больница»
Ужурский район	КГБУЗ «Ужурская районная больница»
Восточная группа районов	
г. Канск	КГБУЗ «Канская межрайонная больница» КГБУЗ «Канская межрайонная детская больница»
Тасеевский район	КГБУЗ «Тасеевская районная больница»
Центральная группа районов	
г. Дивногорск	КГБУЗ «Дивногорская межрайонная больница»
г. Красноярск	ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России ФГБУ «Федеральный Сибирский научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства» КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» КГБУЗ «Краевая клиническая больница» ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России КГБУЗ «Красноярская межрайонная поликлиника № 1» КГБУЗ «Красноярская межрайонная поликлиника № 5» КГБУЗ «Красноярская межрайонная больница № 2» КГАУЗ «Красноярская межрайонная больница № 5» КГБУЗ «Красноярская межрайонная детская клиническая больница № 1» КГБУЗ «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1» ФГБНУ «Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера» КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона» КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича»

Наименование муниципальных образований края	Перечень медицинских организаций
	КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 7» КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4» КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 4» КГБУЗ «Красноярская городская детская поликлиника № 2» КГБУЗ «Красноярская городская поликлиника № 4» КГБУЗ «Красноярская городская поликлиника № 7» КГБУЗ «Красноярская городская поликлиника № 12» КГБУЗ «Красноярская городская поликлиника № 14» КГАУЗ «Красноярский краевой центр профилактики и борьбы со СПИД» ООО «Медицина компьютерных технологий» ООО «Центр Современной Кардиологии» ООО «Лечебно-диагностический центр ФармСибКо» ООО «МЕДЮНИОН» ООО «Диагностика» ООО «БиКей Медика» ООО «Медобслуживание» ООО Клиника восстановительной терапии «Бионика» ООО «ЕвроМед» ООО «Клиника в Северном» ООО «Медико-диагностический центр «Формула здоровья»» ООО «ЛАЙВЕКО» ООО «Лечебно-диагностический центр Международного института биологических систем Красноярск» ООО «ИНВИТРО-Сибирь» ООО «Профмед» ООО «Оздоровительно-профилактический центр «Оптиму»» ООО «Оздоровительный центр «Виталена»» ООО «Сенат» ООО «Красмедклиникплюс» ООО «Лотос» ООО «ДЦ АБВ» ООО "ЛаЭк" ООО «МРТ-эксперт Красноярск» ООО «Красноярская медицинская компания» ООО «Гемордиализный центр Красноярск»
Партизанский район	КГБУЗ «Партизанская районная больница»
Рыбинский район	НУЗ «Узловая больница на ст. Саянская ОАО «РЖД»»
Саянский район	КГБУЗ «Саянская районная больница»
Лесосибирская группа районов	
г. Лесосибирск	КГБУЗ «Лесосибирская межрайонная больница № 1»
Енисейский район	КГБУЗ «Енисейская районная больница»
Казачинский район	КГБУЗ «Казачинская районная больница»

Наименование муниципальных образований края	Перечень медицинских организаций
Южная группа районов	
г. Минусинск	ООО «Медицинский центр» КГБУЗ «Минусинская межрайонная больница»
Курагинский район	КГБУЗ «Курагинская районная больница»
Шушенский район	КГБУЗ «Шушенская районная больница»
Норильская группа районов	
г. Норильск	КГБУЗ «Норильская межрайонная детская больница» КГБУЗ «Норильская межрайонная больница № 1» КГБУЗ «Норильская межрайонная поликлиника № 1»
Таймырский Долгано-Ненецкий муниципальный район	КГБУЗ «Таймырская межрайонная больница»
Богучанская группа районов	
Богучанский район	КГБУЗ «Богучанская районная больница»
Эвенкийский муниципальный район	КГБУЗ «Туринская межрайонная больница»
г. Абакан	ООО «Диагностический центр Абакан» ООО «МРТ-Диагностика»
г. Железногорск	ФГБУЗ «Клиническая больница № 51» ФМБА России
г. Зеленогорск	ФГБУ «Федеральный Сибирский научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства» Клиническая больница № 42 (филиал)

2.1.2. ПЕРЕЧЕНЬ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ФОРМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ЕДИНИЦ ОБЪЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ КОТОРЫХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПО ПОДУШЕВОМУ НОРМАТИВУ.

В рамках подушевого финансирования бесплатно предоставляются первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная.

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.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается гражданам медицинскими организациями, в том числе создаваемыми ими выездными и передвижными врачебными бригадами.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается бесплатно в амбулаторных условиях в плановой и неотложной форме.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами).

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь.

Единицами объема первичной медико-санитарной помощи являются посещения с профилактической и иными целями, посещения при оказании медицинской помощи в неотложной форме, обращения по поводу заболевания.

К медицинской организации, участвующей в реализации программы обязательного медицинского страхования и оказывающей помощь в амбулаторных условиях, предъявляются требования с целью обеспечения прав застрахованных граждан на получение бесплатной медицинской помощи надлежащего качества в объемах, сроках и условиях, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

1. Наличие лицензии на осуществление медицинской деятельности по видам работ (услуг) и адресам осуществления медицинской деятельности.

2. Требования к прикреплению застрахованных граждан. Медицинская организация обеспечивает учет прикрепления застрахованных лиц к медицинской организации, территориальных участков, медицинских работников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в информационном ресурсе ТФОМС Красноярского края «Учет регистрации застрахованных лиц в медицинских организациях». Медицинская организация обеспечивает отсутствие застрахованных граждан, не прикрепленных к участку или прикрепленных к участку без врача.

3. Требования к численности прикрепленного населения. Численность прикрепленного населения на врачебных участках в соответствии с нормативной штатной численностью медицинского персонала составляет:

на фельдшерском участке - 1300 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;

на терапевтическом участке - 1700 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше (для терапевтического участка, расположенного в сельской местности - 1300 человек взрослого населения);

на участке врача общей практики - 1200 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;

на участке семейного врача - 1500 человек взрослого и детского населения;

на комплексном участке - 2000 и более человек взрослого и детского населения;

на педиатрическом участке – 800 человек детского населения;

на акушерско-гинекологическом участке – 2200 человек женского населения.

Нагрузка на врача (фельдшера) участка не должна превышать нормативное значение более, чем в 2 раза (приказ Министерства здравоохранения Красноярского края от 24.09.2015 года № 606-орг).

4. Требования к укомплектованности врачами базовых специальностей - не менее 90%:

Базовые специальности при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (взрослое население):

Врач-терапевт участковый (врач ОВП (семейный врач));

Фельдшер ФАПа;

Врач-хирург;

Врач-офтальмолог;

Врач-отоларинголог;

Врач-стоматолог (в МО, не имеющей на территории СП).

Базовые специальности при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (детское население):

Врач-педиатр участковый (врач ОВП (семейный врач));

Врач-хирург детский;

Врач-стоматолог детский (в МО, не имеющей на территории СП);

Врач акушер-гинеколог.

Базовые специальности при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (женское население):

Врач акушер-гинеколог.

5. Требования к специалистам, оказывающим первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях. Наличие сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи – 100%.

6. Требования к структуре медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, с учетом трехуровневой системы оказания амбулаторной помощи и требований Программ повышения эффективности работы АПУ (в соответствии с приказом министерства здравоохранения Красноярского края от 15.03.2016 № 125-орг).

6.1. В населенных пунктах с числом жителей 301-1000 человек организуются:

фельдшерско-акушерские пункты или фельдшерские здравпункты вне зависимости от расстояния до ближайшей медицинской организации в случае отсутствия других медицинских организаций.

6.2. В населенных пунктах с числом жителей 1001-2000 человек организуются:

фельдшерско-акушерские пункты или фельдшерские здравпункты в случае, если расстояние от фельдшерско-акушерского пункта до ближайшей медицинской организации не превышает 6 км;

центры (отделения) общей врачебной практики (семейной медицины) или врачебная амбулатория в случае, если расстояние от фельдшерско-акушерского пункта до ближайшей медицинской организации превышает 6 км.

6.3. В населенных пунктах с числом жителей более 2000 человек для оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи организуются врачебные амбулатории вне зависимости от расстояния до ближайшей медицинской организации либо структурного подразделения (отделения) медицинской организации, оказывающей первичную врачебную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу.

Группы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, по численности прикрепленного населения:

- до 2 000 чел. - 2 МО,
- 2 000 - 9 999 чел. - 24 МО,
- 10 000 - 19 999 чел. - 26 МО,
- 20 000 - 49 999 чел. - 33 МО,
- 50 000 и более - 16 МО

Оказание гражданам первичной специализированной медицинской помощи по направлению МО-прикрепления (к врачам-специалистам и на исследования) в медицинских организациях 2 и 3 уровня осуществляется в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи и приказами министерства здравоохранения Красноярского края (от 23.11.2015 №725-орг, от 21.01.2016 №24-орг).

В случае не соответствия медицинской организации установленным требованиям, руководитель медицинской организации, в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, формирует План мероприятий по устранению нарушений требований, который согласовывается Министерством здравоохранения Красноярского края, ТФОМС Красноярского края, страховой медицинской организацией.

Базовый пакет услуг при численности населения до 10 000 человек

Перечень специалистов	Перечень отдельных кабинетов	Перечень отдельных исследований
Базовый пакет для МО - прикрепления		
Врач – терапевт участковый Врач – педиатр участковый Врач общей практики (вместо участковых терапевта, педиатра) Фельдшер (при возложении функции лечащего врача) Врач – хирург Врач акушер–гинеколог* Врач–стоматолог общей практики*	Кабинеты участковых врачей Кабинеты врачей общей практики Кабинеты врачей-специалистов Процедурный кабинет (прививочный, забор крови) Кабинет медицинской профилактики Смотровой кабинет Доврачебный кабинет (5 и более участков) Кабинет неотложной помощи (5 и более участков)	Забор материала для лабораторных исследований: общеклинических, гематологических, биохимических, цитологических, микробиологических (доставка в ближайшую медицинскую организацию, имеющую лабораторию) ЭКГ (проводит средний медицинский персонал; чтение ЭКГ проводят врачи или технология дистанционного консультирования) Ультразвуковые исследования Рентгенологические исследования, флюорография (средний медперсонал, описание проводят врачи или технология дистанционного консультирования) Профилактический скрининг
Перечень специалистов и исследований, проводимых в МО 2 уровня и МО частной формы собственности, по направлениям МО –прикрепления,		

стоимость которых включена в подушевое финансирование МО-прикрепления		
Офтальмолог, отоларинголог, невролог, эндокринолог, кардиолог, травматолог-ортопед* и др. специалисты**		ЭФГДС, Колоноскопия, Спирометрия, Маммография, Функциональная диагностика (ЭХО-ЭГ, ЭХО-КГ, ЭЭГ, Холтеровское мониторирование, СМАД)

*При отсутствии на территории обслуживания стоматологической поликлиники, женской консультации в составе родильного дома, травматологических пунктов

**специалисты, предоставляющие медицинскую помощь в МО второго уровня.

Базовый пакет услуг при численности населения от 10 000 до 20 000 человек

Перечень специалистов	Перечень отдельных кабинетов	Перечень отдельных исследований
Базовый пакет для МО - прикрепления		
Врач–терапевт участковый Врач–педиатр участковый Врач общей практики (вместо у.терапевта, у.педиатра) Фельдшер (при возложении функции лечащего врача) Врач–офтальмолог Врач–хирург Врач–отоларинголог Врач–акушер-гинеколог* Врач–стоматолог общей практики*	кабинеты участковых врачей кабинеты врачей общей практики кабинеты врачей-специалистов процедурный кабинет кабинет медицинской профилактики прививочный кабинет смотровой кабинет доврачебный кабинет	Лабораторные исследования или забор материала для лабораторных исследований: общеклинических, гематологических, биохимических, цитологических, микробиологических (доставка в ближайшую медицинскую организацию, имеющую лабораторию) ЭКГ (проводит средний медицинский персонал; чтение ЭКГ проводят врачи или технология дистанционного консультирования) Рентгенологические исследования (средний медперсонал, описание проводят врачи или технология дистанционного консультирования), флюорография Эзофагогастродуоденоскопия Ультразвуковые исследования Профилактический скрининг
Перечень специалистов и исследований, проводимых в МО 2 уровня и МО частной формы собственности, по направлениям МО –прикрепления, стоимость которых включена в подушевое финансирование МО-прикрепления		
Невролог, кардиолог, эндокринолог, травматолог-ортопед* и др. специалисты**		Колоноскопия, Спирометрия, Маммография, Функциональная диагностика (ЭХО-ЭГ, ЭХО-КГ, ЭЭГ, Холтеровское мониторирование, СМАД)

* При отсутствии на территории обслуживания стоматологической поликлиники, женской консультации в составе родильного дома, травматологических пунктов

**специалисты, предоставляющие медицинскую помощь в МО второго уровня.

Базовый пакет услуг при численности населения 20 000 человек и более

Перечень специалистов	Перечень отдельных кабинетов	Перечень отдельных исследований
Базовый пакет для МО - прикрепления		

<p>Врач–терапевт участковый Врач–педиатр участковый Врач–общей практики Врач–невролог Врач–кардиолог Врач–хирург Врач–офтальмолог Врач–отоларинголог Врач–эндокринолог Врач–стоматолог* Врач–акушер-гинеколог*</p>	<p>кабинеты участковых врачей кабинеты врачей общей практики кабинеты врачей-специалистов прививочный кабинет процедурный кабинет кабинет медицинской профилактики смотровой кабинет доврачебный кабинет кабинет неотложной помощи кабинет здорового ребенка кабинет/пост по централизованной выписке медицинских документов и ведения перинатального мониторинга (при наличии в составе АПУ женской консультации) кабинет медико-социальной помощи (при наличии в составе АПУ женской консультации)</p>	<p>Лабораторные исследования или забор материала для лабораторных исследований: общеклинических, гематологических, биохимических, цитологических, микробиологических (доставка в ближайшую медицинскую организацию, имеющую лабораторию) ЭКГ Рентгенологические исследования, флюорография Ультразвуковые исследования Спирометрия Эзофагогастродуоденоскопия Функциональная диагностика (ЭХО-ЭГ, ЭХО-КГ, ЭЭГ, Холтеровское мониторирование, СМАД) Маммография Профилактический скрининг</p>
--	---	--

Перечень специалистов и исследований, проводимых в МО 2 уровня и МО частной формы собственности, по направлениям МО –прикрепления, стоимость которых включена в подушевое финансирование МО-прикрепления

<p>Травматолог-ортопед *, ревматолог, уролог, нейрохирург, аллерголог, проктолог и др. специалисты**</p>		<p>Колоноскопия</p>
--	--	---------------------

* При отсутствии на территории обслуживания стоматологической поликлиники, женской консультации в составе родильного дома, травматологических пунктов

**специалисты, предоставляющие медицинскую помощь в МО второго уровня.

Базовый пакет услуг при численности населения до 50 000 чел. (городская взрослая поликлиника)

Перечень специалистов	Перечень отдельных кабинетов	Перечень отдельных исследований
Базовый пакет для МО - прикрепления		
<p>Врач–терапевт участковый Врач–невролог Врач–кардиолог Врач–эндокринолог Врач–хирург Врач–офтальмолог Врач–отоларинголог Врач–стоматолог* Врач–акушер-гинеколог*</p>	<p>кабинеты участковых врачей кабинеты врачей общей практики кабинеты врачей-специалистов процедурный кабинет кабинет медицинской профилактики прививочный кабинет смотровой кабинет доврачебный кабинет кабинет неотложной помощи</p>	<p>Лабораторные исследования или забор материала для лабораторных исследований: общеклинических, гематологических, биохимических, цитологических, микробиологических (наличие централизованной лаборатории) ЭКГ Рентгенологические исследования, флюорография Ультразвуковые исследования Эзофагогастродуоденоскопия Спирометрия</p>

	кабинет/пост по централизованной выписке медицинских документов и ведения перинатального мониторинга (при наличии в составе АПУ женской консультации) кабинет медико-социальной помощи (при наличии в составе АПУ женской консультации)	Маммография Функциональная диагностика (ЭХО-ЭГ, ЭХО-КГ, ЭЭГ, Холтеровское мониторирование, СМАД) Профилактический скрининг
Перечень специалистов и исследований, проводимых в МО 2 уровня и МО частной формы собственности, по направлениям МО –прикрепления, стоимость которых включена в подушевое финансирование МО-прикрепления		
Травматолог-ортопед*, ревматолог нейрохирург, аллерголог-иммунолог, проктолог и др. специалисты**		Колоноскопия

*При отсутствии на территории обслуживания стоматологической поликлиники, женской консультации в составе родильного дома, травматологических пунктов

**специалисты, предоставляющие медицинскую помощь в МО второго уровня.

Базовый пакет услуг при численности населения 50 000 чел. и более (городская взрослая поликлиника)

Перечень специалистов	Перечень отдельных кабинетов	Перечень отдельных исследований
Базовый пакет для МО - прикрепления		
Врач–терапевт участковый Врач–невролог Врач–кардиолог Врач–эндокринолог Врач–хирург Врач–офтальмолог Врач–отоларинголог Врач–уролог Врач-инфекционист Врач–стоматолог* Врач–акушер-гинеколог*	кабинеты участковых врачей кабинеты врачей общей практики кабинеты врачей-специалистов процедурный кабинет кабинет медицинской профилактики прививочный кабинет смотровой кабинет доврачебный кабинет кабинет неотложной помощи кабинет/пост по централизованной выписке медицинских документов и ведения перинатального мониторинга (при наличии в составе АПУ женской консультации) кабинет медико-социальной помощи (при наличии в составе АПУ женской консультации)	Лабораторные исследования или забор материала для лабораторных исследований: общеклинических, гематологических, биохимических, цитологических, микробиологических (наличие централизованной лаборатории) ЭКГ Рентгенологические исследования, флюорография Ультразвуковые исследования Эзофагогастродуоденоскопия Спирометрия Маммография Функциональная диагностика (ЭХО-ЭГ, ЭХО-КГ, ЭЭГ, Холтеровское мониторирование, СМАД) Профилактический скрининг
Перечень специалистов и исследований, проводимых в МО 2 уровня и МО частной формы собственности, по направлениям МО –прикрепления, стоимость которых включена в подушевое финансирование МО-прикрепления		

Травматолог-ортопед*, ревматолог нейрохирург, аллерголог-иммунолог, проктолог и др. специалисты**		Колоноскопия
--	--	--------------

*При отсутствии на территории обслуживания стоматологической поликлиники, женской консультации в составе родильного дома, травматологических пунктов;

**специалисты, предоставляющие медицинскую помощь в МО второго уровня.

Базовый пакет услуг при численности детского населения более 20 000 человек (городская детская поликлиника)

Перечень специалистов	Перечень отдельных кабинетов	Перечень отдельных исследований
Базовый пакет для МО - прикрепления		
Врач педиатр участковый Врач-детский хирург Врач-отоларинголог Врач-офтальмолог Врач-невролог	кабинеты участковых врачей кабинеты врачей-специалистов прививочный кабинет процедурный кабинет кабинет здорового ребенка доврачебный кабинет кабинет неотложной медицинской помощи	Лабораторные исследования или забор материала для лабораторных исследований: общеклинических, гематологических, биохимических, цитологических, микробиологических (наличие централизованной лаборатории) ЭКГ Рентгенологические исследования, флюорография Ультразвуковые исследования
Перечень специалистов и исследований, проводимых в МО 2 уровня и МО частной формы собственности, по направлениям МО –прикрепления, стоимость которых включена в подушевое финансирование МО-прикрепления		
Травматолог-ортопед*, акушер-гинеколог, детский кардиолог, детский эндокринолог и др. специалисты**		Функциональная диагностика (ЭХО-ЭГ, ЭХО-КГ, ЭЭГ, Холтеровское мониторирование, СМАД), Эзофагогастроудоденоскопия, Колоноскопия

*При отсутствии на территории обслуживания травматологических пунктов

**специалисты, предоставляющие медицинскую помощь в МО второго уровня.

2.1.3. ПЕРЕЧЕНЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И КРИТЕРИИ ИХ ОЦЕНКИ (ВКЛЮЧАЯ ЦЕЛЕВЫЕ ЗНАЧЕНИЯ), А ТАКЖЕ ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ВЫПЛАТ МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ, ИМЕЮЩИМ ПРИКРЕПИВШИХСЯ ЛИЦ, ЗА ДОСТИЖЕНИЕ СООТВЕТСТВУЮЩИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ.

При оплате медицинской помощи 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 в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей

прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, определяется доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям, в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности.

Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций.

Показатели	Источник информации	Порядок расчета	Расчет показателя					
			положительный		средний		отрицательный	
			целевой показатель	оценка	целевой показатель	оценка	целевой показатель	оценка
Рекомендуемый период оценки: не реже 1 раза в месяц								
1.1. Частота вызовов скорой медицинской помощи прикрепленному населению	ЦОР	На 10 тыс. прикрепленного населения по сравнению с аналогичным периодом прошлого года	Менее 100%	15%	100-110%	10%	Более 110%	0%
1.2. Доля обоснованных жалоб пациентов на работу медицинской организации	единый электронный журнал контакт центра	Фактическое количество обоснованных жалоб в сравнении с аналогичным периодом предыдущего года	Менее 100%	20%	100-180%	10%	Более 180%	0%
1.3. Доля экстренных госпитализации в общем объеме госпитализаций прикрепленного населения	ЦОР	Фактическое количество экстренных госпитализаций к общему объему госпитализаций	Менее 100%	15%	100-110%	10%	Более 110%	0%
1.4. Доля пациентов с впервые установленной III-IV стадией злокачественных новообразований всех локализаций общем числе пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования	Данные ККОД	Количество больных с впервые установленной III-IV стадией ЗНО по отношению к общему числу больных с впервые в жизни выявленным ЗНО в оцениваемом периоде	Более 46%	15%	46-50%	10%	Менее 50%	0%
Рекомендуемый период оценки: не чаще 1 раза в квартал								
2.1. Охват диспансеризацией определенных групп взрослого населения из подлежащего диспансеризации в текущем году	Реестр ЗЛ ЦОР	Доля граждан определенных групп взрослого населения из числа подлежащих диспансеризации в текущем году	Более 70%	20%	60-70%	15%	Менее 60%	0%
2.2. Доля граждан, прошедших II этап диспансеризации	Реестр ЗЛ ЦОР	Доля граждан, прошедших II этап диспансеризации, к общему количеству законченных случаев диспансеризации	Более 50%	15%	30-50%	10%	Менее 30%	0%

Оценка МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с целью выплат стимулирующего характера, осуществляется ежемесячно, по итогам квартала, полугодия, года по показателям, которым соответствует данный период оценки. По результатам оценки проводится расчет дополнительного финансирования.

Средства дополнительного финансирования (C_i) предусматриваются в стоимости медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, i -МО на год с разбивкой по кварталам.

Средства дополнительного финансирования по итогам оценки деятельности i -МО за отчетный квартал (C_{fi}) рассчитываются по формуле:

$$C_{fi} = C_i * O_{Di} / 100\%, \text{ где}$$

O_{Di} – оценка деятельности i -МО за отчетный квартал, рассчитанная как сумма значений по «Перечню показателей результативности деятельности медицинских организаций» (%).

Если значение O_{Di} ниже 100%, то экономия направляется на увеличение подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях по всем МО пропорционально.

2.1.4. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.

1. Оплата первичной медико-санитарной медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай).

1.1. Предельная стоимость медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, устанавливается с выделением:

- объемов (посещения с профилактической целью, иных посещений, обращений по заболеванию) медицинской помощи, финансируемой по подушевому нормативу, и финансовых средств;
- объемов неотложной медицинской помощи оказываемой в амбулаторных условиях и финансовых средств;
- объемов медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в «Центрах здоровья», и финансовых средств;
- объемов диспансеризации, медицинских осмотров и финансовых средств.

1.2. В качестве единицы оплаты, при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, принимается:

- подушевой норматив на одного прикрепленного жителя, поправочные коэффициенты, учитывающие половозрастную структуру прикрепленного населения, дифференциацию расходов;
- посещение по неотложной медицинской помощи;
- посещение «Центров здоровья»;
- законченный случай диспансеризации, медицинских осмотров.

1.3. Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях устанавливается как ежемесячный объем финансирования на одного прикрепленного застрахованного по ОМС жителя, исходя из расходов, обеспечивающих собственную деятельность МО-прикрепления, **включая предоставление медицинской помощи всем обратившимся.**

1.4. Расчет подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях (ПН) на один месяц на одного застрахованного по ОМС по формуле: $ПН = \Phi / Ч$, где:

Φ - объем финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях на прикрепившихся лиц;

$Ч$ – численность застрахованного прикрепленного населения.

В рамках Тарифного соглашения устанавливаются поправочные коэффициенты:

КДсуб - коэффициент дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края (раздел 3.1.1);

КДсп - коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов, медицинских пунктов и т.п.) (графа 4 раздела 3.3.2.2);

КДси - коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание имущества медицинских организаций (графа 5 раздела 3.3.2.2);

Кпв – половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива (раздел 3.3.4).

1.5. Предварительный объем финансирования для i-ой МО-прикрепления n-ой СМО (ПОФин) определяется исходя из:

ПН - подушевого норматива финансирования на месяц,

КДинтi - средневзвешенного интегрированного коэффициента дифференциации для однородных групп медицинских организаций,

Ч_{in} - численности прикрепленного населения по состоянию на первое число текущего месяца к i -ой МО-прикрепления, застрахованного n -ой СМО.

$\text{ПОФ}_{in} = \sum \text{ПН} * \text{Ч}_{in} * \text{КД}_{интi}$, где:

$\text{КД}_{интi} = \text{КД}_{субi} * \text{КД}_{пвi} * \text{КД}_{сиi} * \text{КД}_{спi}$, где:

$\text{КД}_{субi}$ – коэффициент дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края i -ой МО (раздел 3.1.1.);

$\text{КД}_{пвi}$ – половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для i -ой МО-прикрепления;

$\text{КД}_{спi}$ – коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов, медицинских пунктов и т.п.) для i -ой МО-прикрепления (графа 4 раздела 3.3.2.2.);

$\text{КД}_{сиi}$ – коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание имущества для i -ой МО-прикрепления (графа 5 раздела 3.3.2.2.).

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного для i - МО по тарифам на основе подушевого норматива, к общему объему средств на финансирование медицинской помощи в амбулаторных условиях в расчетном месяце рассчитывается поправочный коэффициент (КП_i) по формуле:

$$\text{КП}_i = \text{Ф}_i / \sum \text{ПОФ}_{in},$$

Фактический объем финансирования каждой МО (ФФ_{in}) определяется с учетом поправочного коэффициента по формуле:

$$\text{ФФ}_{in} = \text{ПОФ}_{in} * \text{КП}_i$$

1.6. МО-прикрепления ежемесячно предоставляет СМО реестры за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях застрахованным по ОМС жителям для оценки выполнения установленных объемов медицинской помощи в амбулаторных условиях.

1.7. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказанной МО-прикрепления, производится СМО путем ежемесячного перечисления средств в установленном договорами порядке.

2. Оплата первичной медико-санитарной медицинской помощи в амбулаторных условиях 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 МО, не имеющих прикрепившихся лиц (женские консультации, травматологические пункты, стоматологические поликлиники, консультативные поликлиники, диагностические центры, приемные отделения стационаров).

2.1. Предельная стоимость медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, устанавливается с выделением:

- объемов (посещения, обращения по заболеванию) медицинской помощи в амбулаторных условиях и финансовых средств;
- объемов внешних диагностических исследований для МО – исполнителей и финансовых средств.

2.2. В качестве единицы оплаты, при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, принимается:

- одно посещение, обращение (законченный случай);
- диагностическая услуга при оплате внешних услуг.

2.3. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказанной МО, не имеющими прикрепленного населения, производится СМО за фактическое количество оказанных услуг с учетом отказов в оплате и пересчета сумм оплаты в сроки, предусмотренные договором, по утвержденным тарифам, действующим на дату каждого исследования, посещения и последнего посещения при обращении.

Сумма оплаты медицинской помощи рассчитывается согласно «Методике расчета суммы оплаты медицинской помощи» (приложение 3 к Тарифному соглашению).

2.4. В случаях направления пациентов МО-прикрепления для проведения лабораторных и диагностических исследований, отложенных телемедицинских консультаций и консультаций специалистов при выполнении диспансеризации, медицинских осмотров, при отсутствии оборудования или недостаточной его мощности, при отсутствии или недостаточном количестве специалистов в другую МО-исполнителя, последняя составляет счета-реестры за произведенные диагностические исследования и консультации специалистов за подписью МО-прикрепления и представляет для оплаты СМО.

СМО оплачивают МО-исполнителям принятые к оплате счета-реестры за лабораторные и диагностические исследования, за произведенные отложенные телемедицинские консультации по тарифам, установленным Тарифным соглашением.

3. Оплата первичной медико-санитарной медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности МО, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных МО (за единицу объема медицинской помощи).

3.1. Предельная стоимость медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, устанавливается на основании пакета услуг (подраздел 2.1.2), который определяется исходя из численности прикрепленного населения, с определением:

- пакета услуг, оплачиваемых по подушевому нормативу финансирования;
- пакета услуг консультативно-диагностического отделения;
- объемов медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в «Центрах здоровья» и финансовых средств;
- объемов диспансеризации, медицинских осмотров и финансовых средств.

3.2. В качестве единицы оплаты, при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, принимается:

- подушевой норматив на одного прикрепленного жителя, поправочные коэффициенты, учитывающие половозрастную структуру прикрепленного населения, дифференциацию расходов;
- одно посещение, обращение при оплате по тарифам за услуги не прикрепленному населению;
- диагностическая услуга при оплате внешних услуг не прикрепленному населению;
- посещение «Центров здоровья»;
- законченный случай диспансеризации, медицинских осмотров.

3.3. Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях устанавливается как ежемесячный объем финансирования на одного прикрепленного застрахованного по ОМС жителя, исходя из суммы средств, необходимых для обеспечения медицинской помощью прикрепленного населения в МО-прикрепления и средств, за счет которых производится оплата внешних медицинских услуг, консультативных посещений и диагностических исследований, оказанных прикрепленным к МО-прикрепления гражданам МО-исполнителями.

Расчет подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях (ПН) на один месяц на 1-ого застрахованного по ОМС жителя производится по формуле и утверждается в рамках Тарифного соглашения: $ПН = Ф/Ч$, где:

Ф - объем финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, исходя из суммы средств, предусмотренных на подушевое финансирование;

Ч – численность прикрепленного застрахованного населения.

В рамках Тарифного соглашения устанавливаются поправочные коэффициенты:

КДсуб - коэффициент дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края (раздел 3.1.1);

КДсп - коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов, медицинских пунктов и т.п.) (графа 4 раздела 3.3.2.2);

КДси - коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание имущества медицинских организаций (графа 5 раздела 3.3.2.2);

Кпв – половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива (раздел 3.3.4).

3.4. Предварительный объем финансирования для i-ой МО-прикрепления n-ой СМО (ПОФ_{in}) определяется исходя из:

ПН - подушевого норматива финансирования на месяц,

КДинт_i - средневзвешенного интегрированного коэффициента дифференциации для однородных групп медицинских организаций,

Ч_{in} - численности прикрепленного населения по состоянию на первое число текущего месяца к i-ой МО-прикрепления, застрахованного n-ой СМО.

$ПОФ_{in} = \sum ПН * Ч_{in} * КДинт_i$, где:

$КДинт_i = КДсуб_i * КДпв_i * КДси_i * КДсп_i$, где:

КДсуб_i – коэффициент дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края i-ой МО (раздел 3.1.1);

КДпв_i – половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для i-ой МО-прикрепления (графа 6 раздела 3.3.2.2);

КДсп_i – коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов, медицинских пунктов и т.п.) для i-ой МО-прикрепления (графа 4 раздела 3.3.2.2.);

КДси_i – коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание имущества для i-ой МО-прикрепления (графа 5 раздела 3.3.2.2.).

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного для i-МО по тарифам на основе подушевого норматива, к общему объему средств на финансирование медицинской помощи в амбулаторных условиях в расчетном месяце рассчитывается поправочный коэффициент (КП_i) по формуле:

$$КП_i = \Phi_i / \sum ПОФ_{in}$$

Фактический объем финансирования каждой МО n-ой СМО (ФФ_{in}) определяется с учетом поправочного коэффициента по формуле:

$$ФФ_{in} = ПОФ_{in} * КП_i - ОФисп_{in}$$
, где

ОФисп_{in} - сумма средств по n-ой СМО, направленных за предыдущий период на оплату МО-исполнителям за оказание медицинской помощи прикрепленным к i-МО-прикрепления застрахованным гражданам, оплату диспансеризации и медицинских осмотров.

Фактический объем финансирования каждой МО n-ой СМО с учетом показателей результативности деятельности i-МО (ФФС_{in}):

$$ФФС_{in} = ФФ_{in} + Сф_{in}$$
, где

Сф_{in} – средства дополнительного финансирования i-МО по итогам оценки деятельности i-МО за отчетный квартал, рассчитанные согласно разделу 2.1.3 «Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций» распределенные по n-ой СМО пропорционально ФФ_{in}.

3.5. МО-прикрепления ежемесячно предоставляет СМО реестры за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях застрахованным по ОМС жителям для оценки выполнения установленных объемов медицинской помощи в амбулаторных условиях.

Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказанной МО-прикрепления, производится СМО путем ежемесячного перечисления средств в установленном порядке, с учетом удержания из суммы счета средств, перечисляемых за предыдущий период МО-исполнителям за оказание медицинской помощи прикрепленным к МО-прикрепления застрахованным гражданам.

3.6. Оплата внешних консультативных, лабораторных, диагностических, лечебных медицинских услуг, оказанных гражданину МО-исполнителем производится СМО за фактическое количество оказанных внешних услуг в рамках подушевого норматива финансирования МО-прикрепления.

МО-прикрепления планирует объемы внешних лабораторных и диагностических услуг с учетом общего количества исследований на собственной базе медицинской организации, а также количества недостающих услуг, приобретаемых самостоятельно в соответствии с ФЗ №44.

МО-прикрепления определяет объем недостающих консультативных, лабораторных, диагностических, лечебных медицинских услуг и определяет МО-исполнителей, которые включены в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС.

МО-прикрепления направляет прикрепленных пациентов для получения медицинской помощи (консультативные, лабораторные, диагностические, лечебные услуги в амбулаторных условиях) к МО-исполнителю с выдачей им первичных направлений установленного образца, содержащих сведения о цели дополнительной медицинской помощи с приложением необходимых результатов исследований и консультаций.

МО-исполнитель оказывает пациентам медицинскую помощь при предъявлении ими первичного направления установленного образца МО-прикрепления.

Направление не требуется при оказании услуг в стоматологических поликлиниках, травматологических пунктах, женских консультациях, по месту предоставления медицинской помощи населению узкими специалистами, при экстренных показаниях.

В случаях, если фактическое место проживания гражданина относится к территории обслуживания поликлиники, поликлиника проводит мероприятия по прикреплению данного гражданина.

Оплата внешних консультативных, лабораторных, диагностических, лечебных медицинских услуг, оказанных МО-исполнителем прикрепленному к МО-прикрепления гражданину, производится СМО за фактическое количество оказанных внешних услуг по тарифам, установленным Тарифным соглашением, за счет подушевого финансирования МО-прикрепления.

МО-исполнитель формирует реестр оказанных им в отчетном периоде внешних медицинских услуг, МО-прикрепления проводит проверку на соответствие собственному учету и подписывает реестр оказанных услуг.

Разногласия в оплате между МО-прикрепления, направившей прикрепленных пациентов для получения внешних консультативных, лабораторных, диагностических, лечебных медицинских услуг, и МО-исполнителем, оказавшей данные услуги, разрешаются данными МО самостоятельно или с привлечением СМО.

МО-исполнитель направляет реестр счетов в соответствии с информационным обменом в системе ОМС Красноярского края.

4. Оплата диспансеризации определенных групп взрослого населения, профилактических медицинских осмотров взрослого населения.

Проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения осуществляется в соответствии с Приказом МЗ РФ от 03.02.2015 г. № 36-ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп населения» (далее – Порядок) и приказом министерства здравоохранения Красноярского края от 26.12.2014 № 757-орг.

Проведение профилактических медицинских осмотров взрослого населения осуществляется в соответствии с Приказом МЗ РФ от 06.12.2012 № 1011н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра» (далее – Порядок) и приказом министерства здравоохранения Красноярского края от 24.04.2013 № 224-орг.

Оплата диспансеризации определенных групп взрослого населения при проведении первого этапа диспансеризации производится за фактически выполненные законченные случаи при условии выполнения полного набора врачебных посещений, посещений к среднему персоналу, лабораторных и диагностических исследований, предусмотренных Порядком.

Оплата диспансеризации определенных групп взрослого населения при проведении второго этапа диспансеризации производится за фактически выполненные врачебные посещения, лабораторные и диагностические исследования:

- оплата врачебных посещений производится по стоимости посещений с профилактической целью по соответствующим специальностям с учетом коэффициентов дифференциации расходов для МО-исполнителя;
- оплата лабораторных и диагностических исследований производится по тарифам, установленным Тарифным соглашением;
- оплата углубленного профилактического консультирования производится по стоимости углубленного профилактического консультирования;
- оплата группового профилактического консультирования (школа пациента) производится по тарифу группового профилактического консультирования.

Оплата профилактических медицинских осмотров производится за фактически выполненные законченные случаи.

Первый этап диспансеризации определенных групп взрослого населения считается завершенным и подлежит оплате в случае выполнения не менее 85% от объема диспансеризации (осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий) установленного для данного возраста и пола, при этом считать обязательным проведение следующих исследований: маммография, флюорография, УЗИ исследование органов брюшной полости, почек, органов малого таза у женщин, УЗИ простаты у мужчин, цитологическое исследование мазка из цервикального канала у женщин. Осмотры врачами-специалистами и исследования, выполненные ранее вне рамок диспансеризации и отказы граждан от прохождения отдельных осмотров должны составлять не более 15%.

Профилактические медицинские осмотры считаются законченными в случае выполнения не менее 85% от объема осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, установленного для данного возраста и пола гражданина, при этом считать обязательным проведение следующих исследований: маммография, флюорография.

В случаях, если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее (в течение 12 месяцев предшествующих месяцу проведения диспансеризации) и учитываемых при диспансеризации, превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объем выполненных в рамках диспансеризации и учтенных осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85% и более от объема диспансеризации, первый этап диспансеризации отражается в отчете о проведении диспансеризации как завершенный случай, а оплата производится за единицу объема проведенных в текущем периоде профилактических посещений к специалистам и диагностических исследований, по перечню простых услуг, предусмотренных в тарифе на диспансеризацию.

5. Оплата диспансеризации детей-сирот, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью.

Диспансеризация детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, осуществляется в соответствии с приказом МЗ РФ от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации».

Диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, осуществляется в соответствии с приказом МЗ РФ от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью».

Оплата диспансеризации детей производится за фактически выполненные законченные случаи. Случай диспансеризации считается законченным в случае проведения осмотров всеми врачами-специалистами, в том числе врачом-психиатром, выполнения лабораторных, инструментальных и иных исследований, включенных в Перечень исследований согласно приказам МЗ РФ о проведении диспансеризации. В структуру тарифа за счет средств обязательного медицинского страхования расходы на проведение осмотра врачом-психиатром не включаются.

При проведении диспансеризации детей учитываются результаты всех проведенных осмотров и диагностических исследований давностью не более 3 месяцев, лабораторные и функциональные исследования, проведенные в стационарах. У детей, не достигших возраста 2 лет, учитываются данные обследования, давность которых не превышает 1 месяца с даты исследования. Результаты проведенной флюорографии используются в течение 11 месяцев с момента проведения исследования. При проведении диспансеризации детей посещения, учтенные в рамках законченного случая, оплачиваются один раз и предоставляются с признаком диспансеризации.

6. Оплата медицинских осмотров детей.

Медицинские осмотры детей осуществляются в соответствии с приказом МЗ РФ от 21.12.2012 № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения» (далее – Порядок). Порядок устанавливает правила прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров: **профилактических, предварительных** при поступлении в образовательные учреждения и **периодических** в период обучения в них (далее также - медицинские осмотры).

Оплата медицинских осмотров несовершеннолетних производится за фактически выполненные законченные случаи.

Профилактический и предварительный осмотр является завершенным в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения лабораторных, инструментальных и иных исследований, при отсутствии подозрений на наличие у несовершеннолетнего недиагностированного заболевания (состояния) и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций (I этап).

В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении осмотров врачами-специалистами и исследований и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других МО, профилактический осмотр является завершенным в случае проведения дополнительных консультаций, исследований и (или) получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций (II этап).

Общая продолжительность I этапа профилактического осмотра должна составлять не более 10 рабочих дней, а при назначении дополнительных консультаций, исследований и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций общая продолжительность профилактического осмотра - не более 45 рабочих дней (I и II этапы), общая продолжительность предварительного осмотра - не более 30 рабочих дней (I и II этапы).

При проведении **профилактических, предварительных и периодических осмотров** учитываются результаты осмотров врачами-специалистами и исследований, внесенные в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка), давность которых не превышает 3 месяцев с даты проведения осмотра и (или) исследования, а у детей, не достигших возраста 2 лет, учитываются результаты осмотров и исследований, давность которых не превышает 1 месяца с даты осмотра и (или) исследования.

2.2. СВЕДЕНИЯ О ПРИМЕНЕНИИ СПОСОБОВ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ.

2.2.1. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ.

Наименование муниципальных образований края	Перечень медицинских организаций		
	уровни		
	первый	второй	третий
Западная группа районов			
г. Ачинск		КГБУЗ «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2»	КГБУЗ «Ачинская межрайонная больница»
г. Боготол	КГБУЗ «Боготольская межрайонная больница»		
г. Назарово	КГБУЗ «Назаровская районная больница»		
Назаровский район	КГБУЗ «Назаровская районная больница № 2»		
	КГБУЗ «Степновская участковая больница»		
г. Шарыпово	КГБУЗ «Шарыповская городская больница»		
Шарыповский район	КГБУЗ «Шарыповская районная больница»		
Бирилосский район	КГБУЗ «Бирилосская районная больница»		
Большеулуйский район	КГБУЗ «Большеулуйская районная больница»		
Козульский район	КГБУЗ «Козульская районная больница»		
Тюхтетский район	КГБУЗ «Тюхтетская районная больница»		
Ужурский район	КГБУЗ «Ужурская районная больница»		
пгт. Солнечный	КГБУЗ «Городская больница ЗАТО Солнечный Красноярского края»		
Восточная группа районов			
г. Канск		КГБУЗ «Канская межрайонная детская больница»	КГБУЗ «Канская межрайонная больница»
Абанский район	КГБУЗ «Абанская районная больница»		
Дзержинский район	КГБУЗ «Дзержинская районная больница»		
Иланский район	КГБУЗ «Иланская районная больница»		
Ирбейский район	КГБУЗ «Ирбейская районная больница»		
Нижнеингашский район	КГБУЗ «Нижнеингашская районная больница»		
Тасеевский район	КГБУЗ «Тасеевская районная больница»		
Центральная группа районов			
г. Бородино	КГБУЗ «Бородинская городская больница»		
г. Дивногорск		КГБУЗ «Дивногорская межрайонная больница»	
г. Красноярск	ФГБУЗ «Больница Красноярского научного центра Сибирского отделения РАН»	КГБУЗ «Красноярская краевая офтальмологическая клиническая больница имени профессора П.Г. Макарова»	КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
	КГБУЗ «Красноярская краевая больница № 2»	КГБУЗ «Красноярский краевой госпиталь для ветеранов войн»	КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича»
	КГБУЗ «Красноярская городская детская больница № 8»	КГБУЗ «Красноярская межрайонная больница № 3»	КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»
	ФКУЗ «Медико-санитарная часть № 24 Федеральной службы исполнения наказаний»	КГАУЗ «Красноярская межрайонная больница № 5»	КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер имени А.И. Крыжановского»
		КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 7»	ФГБУ «Федеральный Сибирский научно-клинический центр Федерального медико-

Наименование муниципальных образований края	Перечень медицинских организаций		
	уровни		
	первый	второй	третий
			биологического агентства»
		КГБУЗ "Красноярская межрайонная клиническая больница № 4"	КГБУЗ «Красноярская межрайонная детская больница № 4»
		КГБУЗ «Красноярская межрайонная детская клиническая больница № 1»	КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница №20 имени И.С. Берзона»
		КГБУЗ «Красноярская межрайонная детская клиническая больница № 5»	ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России
		КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 1»	НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Красноярск ОАО «РЖД»
		КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 2»	
		КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 4»	
		КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 5»	
		КГБУЗ «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1»	
		ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения РАН» - обособленное подразделение Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера	
г. Сосновоборск	КГБУЗ «Сосновоборская городская больница»		
Балахтинский район	КГБУЗ «Балахтинская районная больница»		
Березовский район	КГБУЗ «Березовская районная больница»		
Большемуртинский район	КГБУЗ «Большемуртинская районная больница»		
Емельяновский район	КГБУЗ «Емельяновская районная больница»		
пгт Кедровый	КГБУЗ «Больница п. Кедровый»		
Манский район	КГБУЗ «Манская районная больница»		
Новоселовский район	КГБУЗ «Новоселовская районная больница»		
Партизанский район	КГБУЗ «Партизанская районная больница»		
Рыбинский район	КГБУЗ «Рыбинская районная больница»		
	НУЗ «Узловая больница на ст.Саянская ОАО «РЖД»		
Саянский район	КГБУЗ «Саянская районная больница»		
Сухобузимский район	КГБУЗ «Сухобузимская районная больница»		
Уярский район	КГБУЗ «Уярская районная больница»		
Лесосибирская группа районов			
г. Лесосибирск		КГБУЗ «Лесосибирская межрайонная больница»	
Енисейский район	КГБУЗ «Енисейская районная больница»		
Казачинский район	КГБУЗ «Казачинская районная больница»		
Пировский район	КГБУЗ «Пировская районная больница»		
Северо-Енисейский район	КГБУЗ «Северо-Енисейская районная больница»		
Мотыгинский район	КГБУЗ «Мотыгинская районная больница»		
Южная группа районов			
г. Минусинск		КГБУЗ «Минусинская межрайонная больница»	
Ермаковский район	КГБУЗ «Ермаковская районная больница»		
Идринский район	КГБУЗ «Идринская районная больница»		

Наименование муниципальных образований края	Перечень медицинских организаций		
	уровни		
	первый	второй	третий
Каратузский район	КГБУЗ «Каратузская районная больница»		
Краснотуранский район	КГБУЗ «Краснотуранская районная больница»		
Курагинский район	КГБУЗ «Курагинская районная больница»		
Шушенский район	КГБУЗ «Шушенская районная больница»		
Норильская группа районов			
г. Норильск	КГБУЗ «Норильская городская больница № 2	КГБУЗ «Норильская межрайонная детская больница»	
	КГБУЗ «Норильская городская больница № 3»	КГБУЗ «Норильский межрайонный родильный дом»	
		КГБУЗ «Норильская межрайонная больница № 1»	
Таймырский Долгано-Ненецкий муниципальный район	КГБУЗ «Таймырская районная больница № 1»		
	КГБУЗ «Таймырская межрайонная больница»		
Богучанская группа районов			
Богучанский район	КГБУЗ «Богучанская районная больница»		
	КГБУЗ «Чуноярская участковая больница»		
Кежемский район	КГБУЗ «Кежемская районная больница»		
Туруханский район	КГБУЗ «Туруханская районная больница»		
	КГБУЗ «Игарская городская больница»		
Эвенкийский муниципальный район	КГБУЗ «Туринская межрайонная больница»		
	КГБУЗ «Байкитская районная больница № 1»		
	КГБУЗ «Ванаварская районная больница № 2»		
г. Железногорск			ФГБУЗ «Клиническая больница № 51» ФМБА России
г. Зеленогорск			ФГБУ «Федеральный Сибирский научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства» Клиническая больница № 42 (филиал)

2.2.2. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ ПРЕРВАННЫХ СЛУЧАЕВ ЛЕЧЕНИЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПРИ ПЕРЕВОДАХ ПАЦИЕНТОВ ИЗ ОДНОГО СТРУКТУРНОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ В ДРУГОЕ В РАМКАХ ОДНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЛИБО МЕЖДУ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ.

Прерванный случай лечения или незаконченный случай лечения – случай оказания медицинской помощи характеризующийся неполным выполнением объема лечебных, реабилитационных мероприятий, перевод пациента по основному заболеванию, указанному в качестве причины госпитализации, в рамках одной МО, преждевременной выписке пациента из МО при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, при проведении диагностических исследований, другие причины, а так же случаи, относящиеся к сверхкоротким.

Сверхкороткими являются случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней, кроме случаев, входящих в группы, являющиеся исключениями.

Перечень КСГ, являющихся исключениями, оплата по которым производится по полному тарифу:

№ КСГ	Наименование КСГ
2	Осложнения, связанные с беременностью
3	Беременность, закончившаяся абортивным исходом

№ КСГ	Наименование КСГ
4	Родоразрешение
5	Кесарево сечение
11	Операции на женских половых органах (уровень затрат 1)
12	Операции на женских половых органах (уровень затрат 2)
16	Ангионевротический отек, анафилактический шок
84	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина
97	Сотрясение головного мозга
146	Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
154	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
155	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
159	Замена речевого процессора
160	Операции на органе зрения (уровень 1)
161	Операции на органе зрения (уровень 2)
185	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
206	Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1)
258	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани
287	Операции на органах полости рта (уровень 1)
300	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
302	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии
306	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов

Случай госпитализации оплачивается в размере:

100% от стоимости КСГ, если длительность госпитализации составляет менее 3 дней, пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

50% от стоимости КСГ, если длительность госпитализации составляет менее 3 дней, пациенту не проводилось хирургическое лечение либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10).

80% стоимости КСГ при длительности госпитализации менее 50% средней фактически сложившейся длительности лечения по КСГ для конкретной МО (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10).

При переводе пациента из одного отделения МО в другое в рамках круглосуточного стационара, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной МО в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением сверхкоротких случаев и случаев госпитализации с длительностью менее 50% средней фактически сложившейся длительности лечения по КСГ для конкретной МО.

Если перевод производится в пределах одной МО, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

При переводе больного из отделения круглосуточного стационара в дневной стационар или наоборот, оплата производится по соответствующей КСГ, пребывание больного отражается в счетах круглосуточного и дневного стационара как самостоятельные случаи оказания медицинской помощи.

При этом дата перевода пациента из одного профильного отделения должна соответствовать дате поступления в другое.

При окончательном расчете стоимости прерванного случая учитываются поправочные коэффициенты, учитывающие особенности и сложность курации пациента, уровень МО.

При направлении в МО, в том числе федеральную, с целью комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентов, которым в последующем необходимо проведение хирургического лечения, в том числе в целях дальнейшего оказания высокотехнологичной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по КСГ, формируемой по коду МКБ 10 либо по коду Номенклатуры, являющемуся классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования.

После оказания в МО, в том числе федеральной МО, высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по КСГ, формируемой по коду МКБ 10.

Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги:

Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КСГ			Однозначный выбор в отсутствие оказанной услуги		
№	Наименование КСГ, сформированной по услуге	КЗ	№	Наименование КСГ, сформированной по диагнозу	КЗ
11	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,39	9	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	0,89
12	Операции на женских половых органах (уровень 2)	0,58	9	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	0,89
11	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,39	10	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов	0,46
74	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)	0,84	18	Воспалительные заболевания кишечника	2,01
75	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)	1,74	18	Воспалительные заболевания кишечника	2,01
160	Операции на органе зрения (уровень 1)	0,49	166	Болезни глаза	0,51
287	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,74	286	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые	0,89
287	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,74	194	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети	0,79
232	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)	1,2	229	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера мочевых органов и мужских половых органов	0,64
34	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1)	0,97	231	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов	0,67
243	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)	0,55	258	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани	0,66

2.2.3. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ.

1. Оплата медицинской помощи в стационарных условиях, осуществляется:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний;
- за законченный случай оказания высокотехнологичной медицинской помощи, рассчитанный на основании норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов, включенных в Программу ОМС.

Стоимость законченного случая лечения заболевания в рамках оплаты на основе КСГ (Скcg) производится по формуле:

$$\text{Скcg} = \text{БС} * \text{КЗкcg} * \text{ПК}, \text{ где}$$

БС – базовая ставка финансирования медицинской помощи в стационарных условиях, оплачиваемой по системе КСГ в рамках Программы ОМС (средняя стоимость 1 случая лечения в стационарных условиях), рассчитанная исходя из объема средств на финансовое обеспечение медицинской помощи в стационарных условиях по нормативам, установленным Программой ОМС, в расчете на одного пролеченного пациента, за исключением средств, предназначенных для оплаты высокотехнологичной медицинской помощи;

КЗкcg – коэффициент относительной затроемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай (устанавливается на федеральном уровне в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС (письмо МЗ РФ №11-8/10/2-8266, ФФОМС №12578/26/и от 22.12.2016 года) (раздел 3.4.2);

ПК – интегрированный поправочный коэффициент оплаты КСГ, рассчитанный с учетом коэффициентов оплаты по следующей формуле:

$$\text{ПК} = \text{КДсуб} * \text{Кус} * \text{КСЛП}, \text{ где}$$

КДсуб - коэффициент дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края (раздел 3.1.1);

Кус – коэффициент уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент (раздел 3.4.4.1);

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента, учитывающий случаи, для которых установлен коэффициент согласно разделу 3.4.4.2.

При применении нескольких коэффициентов сложности лечения пациента значения коэффициентов суммируются по формуле:

$$\text{КСЛП}_{\text{итог}} = \text{КСЛП}_1 + (\text{КСЛП}_2 - 1) + (\text{КСЛП}_n - 1).$$

При этом суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8, за исключением случаев сверхдлительной госпитализации. В случае сочетания факта сверхдлительной госпитализации с другими критериями, рассчитанное значение КСЛП, исходя из длительности госпитализации, прибавляется без ограничения итогового значения.

В случае превышения стоимости случая лечения в стационарных условиях по КСГ, рассчитанной с учетом применения установленных коэффициентов (за исключением сложности лечения пациента), над финансовым нормативом на оплату высокотехнологичной медицинской помощи по соответствующему методу, указанный случай лечения по КСГ оплачивается по финансовому нормативу на оплату высокотехнологичной медицинской помощи.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее - Перечень). В случае если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

Стоимость законченного случая оказания высокотехнологичной медицинской помощи рассчитывается исходя из финансового норматива, установленного в соответствии с территориальной программой ОМС, с указанием кода ВМП, наименования вида ВМП, перечня нозологий, модели пациента, вида лечения, метода лечения.

Норматив финансовых затрат на единицу объема i -ой группы ВМП ($N_{вмп_i}$) определяется по формуле:

$$N_{вмп_i} = N_i + (N_i * X) * (1,512 - 1), \text{ где}$$

N_i – средняя стоимость единицы объема i -ой группы ВМП, в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 19.12.2016 № 1403 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов»;

X – доля i -го норматива финансовых затрат, индексируемая на коэффициент дифференциации;

1,512 – коэффициент дифференциации на 2017 год, рассчитанный для субъекта РФ в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 5 мая 2012 года № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета ФФОМС бюджетам ТФОМС на осуществление переданных органам государственной власти субъектов РФ полномочий Российской Федерации в сфере ОМС».

Оплата ВМП в стационарных условиях производится по финансовому нормативу без применения поправочных коэффициентов к тарифам.

Медицинская реабилитация при оценке по шкале Рэнкин 3-4-5, проводимая пациенту в условиях круглосуточного реабилитационного стационара (в т.ч. санаторно-курортных организаций), оплачивается по соответствующей КСГ.

Оплата процедур диализа в стационарных условиях, учитывая особенности оказания, а также пожизненный характер проводимого лечения, осуществляется за услугу.

Стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных процедур является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения.

Поправочные коэффициенты к стоимости услуг не применяются.

В период лечения в круглосуточном стационаре, пациент обеспечивается всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

2. Объемы предоставления медицинской помощи в стационарных условиях и финансовые средства распределяются между МО и СМО Комиссией по разработке программы ОМС на год с разбивкой по кварталам с выделением объемов и финансовых средств ВМП.

До МО объемы предоставления медицинской помощи в стационарных условиях доводятся в разрезе клинико-статистических групп заболеваний и кодов ВМП.

3. Сумма оплаты медицинской помощи рассчитывается согласно «Методике расчета суммы оплаты медицинской помощи» (приложение 3 к Тарифному соглашению).

2.3. СВЕДЕНИЯ О ПРИМЕНЕНИИ СПОСОБОВ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА.

2.3.1. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА.

Наименование муниципальных образований края	Перечень медицинских организаций		
	уровни		
	первый	второй	третий
Западная группа районов			
г. Ачинск	НУЗ «Отделенческая поликлиника на ст. Ачинск ОАО РЖД»	КГБУЗ «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2»	КГБУЗ «Ачинская межрайонная больница»
г. Боготол	КГБУЗ «Боготольская межрайонная больница»		
г. Назарово	КГБУЗ «Назаровская районная больница»		
Назаровский район	КГБУЗ «Назаровская районная больница № 2» КГБУЗ «Степновская участковая больница»		
г. Шарыпово	КГБУЗ «Шарыповская городская больница»		
Шарыповский район	КГБУЗ «Шарыповская районная больница»		
Бирилюсский район	КГБУЗ «Бирилюсская районная больница»		
Большеулуйский район	КГБУЗ «Большеулуйская районная больница»		
Козульский район	КГБУЗ «Козульская районная больница»		
Тюхтетский район	КГБУЗ «Тюхтетская районная больница»		
Ужурский район	КГБУЗ «Ужурская районная больница» НУЗ «Узловая поликлиника на ст. Ужур ОАО «РЖД»		
пгт. Солнечный	КГБУЗ «Городская больница ЗАТО Солнечный Красноярского края»		
Восточная группа районов			
г. Канск		КГБУЗ «Канская межрайонная детская больница»	КГБУЗ «Канская межрайонная больница»
Абанский район	КГБУЗ «Абанская районная больница»		
Дзержинский район	КГБУЗ «Дзержинская районная больница»		
Иланский район	КГБУЗ «Иланская районная больница» НУЗ «Узловая поликлиника на ст. Иланская ОАО «РЖД»		
Ирбейский район	КГБУЗ «Ирбейская районная больница»		
Нижнеингашский район	КГБУЗ «Нижнеингашская районная больница»		
Тасеевский район	КГБУЗ «Тасеевская районная больница»		
Центральная группа районов			
г. Бородино	КГБУЗ «Бородинская городская больница»		
г. Дивногорск		КГБУЗ «Дивногорская межрайонная больница»	
г. Красноярск	ФГБУЗ «Больница Красноярского научного центра Сибирского отделения РАН» КГБУЗ «Красноярская краевая больница № 2»	КГБУЗ «Красноярская межрайонная поликлиника № 5» КГБУЗ «Красноярская межрайонная больница № 2»	КГБУЗ «Краевая клиническая больница» ФГБУ «Федеральный Сибирский научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства»
	КГБУЗ «Красноярская городская детская больница № 8»	КГБУЗ «Красноярская межрайонная больница № 3»	КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»
	ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России	КГАУЗ «Красноярская межрайонная больница № 5»	КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер имени А.И. Крыжановского»
	КГБУЗ «Красноярская городская детская	КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая	КГБУЗ «Красноярская межрайонная детская

Наименование муниципальных образований края	Перечень медицинских организаций		
	уровни		
	первый	второй	третий
	поликлиника № 1»	больница № 7»	больница № 4»
	КГБУЗ «Красноярская городская детская поликлиника № 2»	КГБУЗ "Красноярская межрайонная клиническая больница № 4"	КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича»
	КГБУЗ «Красноярская городская детская поликлиника № 3»	КГБУЗ «Красноярская межрайонная детская клиническая больница № 1»	КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона»
	КГБУЗ «Красноярская городская детская поликлиника № 4»	КГБУЗ «Красноярская межрайонная детская клиническая больница № 5»	НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Красноярск ОАО «РЖД»
	КГБУЗ «Красноярская городская поликлиника № 2»	КГБУЗ «Красноярская краевая офтальмологическая клиническая больница имени профессора П.Г. Макарова»	
	КГБУЗ «Красноярская городская поликлиника № 4»	КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 1»	
	КГБУЗ «Красноярская городская поликлиника № 6»	КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 2»	
	КГБУЗ «Красноярская городская поликлиника № 7»	КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 4»	
	КГБУЗ «Красноярская городская поликлиника № 12»	КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 5»	
	КГБУЗ «Красноярская городская поликлиника № 14»	КГБУЗ «Красноярская межрайонная поликлиника № 1»	
	ООО «Центр Современной Кардиологии»	КГБУЗ «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1»	
	ООО Центр здоровья «Виктория»	ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения РАН» - обособленное подразделение Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера	
	ООО «Медобслуживание»	ООО «Красноярский центр репродуктивной медицины»	
	ООО «Лотос»	ООО «Медицинский центр гинекологической эндокринологии и репродукции «Три сердца»	
	ООО «ЛДЦ «ФармСибко»		
г. Сосновоборск	КГБУЗ «Сосновоборская городская больница»		
Балахтинский район	КГБУЗ «Балахтинская районная больница»		
Березовский район	КГБУЗ «Березовская районная больница»		
Большемуртинский район	КГБУЗ «Большемуртинская районная больница»		
Емельяновский район	КГБУЗ «Емельяновская районная больница»		
пгт Кедровый	КГБУЗ «Больница п. Кедровый»		
Манский район	КГБУЗ «Манская районная больница»		
Новоселовский район	КГБУЗ «Новоселовская районная больница»		
Партизанский район	КГБУЗ «Партизанская районная больница»		
Рыбинский район	КГБУЗ «Рыбинская районная больница»		
	НУЗ «Узловая больница на ст. Саянская ОАО «РЖД»		
Саянский район	КГБУЗ «Саянская районная больница»		
Сухобузимский район	КГБУЗ «Сухобузимская районная больница»		
Уярский район	КГБУЗ «Уярская районная больница»		
	НУЗ «Узловая поликлиника на ст. Уяр ОАО «РЖД»		
Лесосибирская группа районов			

Наименование муниципальных образований края	Перечень медицинских организаций		
	уровни		
	первый	второй	третий
г. Лесосибирск		КГБУЗ «Лесосибирская межрайонная больница»	
Енисейский район	КГБУЗ «Енисейская районная больница»		
Казачинский район	КГБУЗ «Казачинская районная больница»		
Пировский район	КГБУЗ «Пировская районная больница»		
Северо-Енисейский район	КГБУЗ «Северо-Енисейская районная больница»		
Мотыгинский район	КГБУЗ «Мотыгинская районная больница»		
Южная группа районов			
г. Минусинск		КГБУЗ «Минусинская межрайонная больница»	
Ермаковский район	КГБУЗ «Ермаковская районная больница»		
Идринский район	КГБУЗ «Идринская районная больница»		
Каратузский район	КГБУЗ «Каратузская районная больница»		
Краснотуранский район	КГБУЗ «Краснотуранская районная больница»		
Курагинский район	КГБУЗ «Курагинская районная больница»		
Шушенский район	КГБУЗ «Шушенская районная больница»		
Норильская группа районов			
г. Норильск	КГБУЗ «Норильская городская больница № 2»	КГБУЗ «Норильская межрайонная детская больница»	
		КГБУЗ «Норильский межрайонный родильный дом»	
		КГБУЗ «Норильская межрайонная больница № 1»	
		КГБУЗ «Норильская межрайонная поликлиника № 1»	
		КГБУЗ «Норильская городская поликлиника № 2»	
		КГБУЗ «Норильская городская поликлиника № 3»	
Таймырский Долгано-Ненецкий муниципальный район	КГБУЗ «Таймырская районная больница № 1»		
	КГБУЗ «Таймырская межрайонная больница»		
Богучанская группа районов			
Богучанский район	КГБУЗ «Богучанская районная больница»		
	КГБУЗ «Чуноярская участковая больница»		
Кежемский район	КГБУЗ «Кежемская районная больница»		
Туруханский район	КГБУЗ «Туруханская районная больница»		
	КГБУЗ «Игарская городская больница»		
Эвенкийский муниципальный район	КГБУЗ «Туринская межрайонная больница»		
	КГБУЗ «Байкитская районная больница № 1»		
	КГБУЗ «Ванаварская районная больница № 2»		
г. Железногорск			ФГБУЗ «Клиническая больница № 51» ФМБА России
г. Зеленогорск			ФГБУ «Федеральный Сибирский научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства» Клиническая больница № 42 (филиал)

2.3.2. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ ПРЕРВАННЫХ СЛУЧАЕВ ЛЕЧЕНИЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПРИ ПЕРЕВОДАХ ПАЦИЕНТОВ ИЗ ОДНОГО СТРУКТУРНОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ В ДРУГОЕ В РАМКАХ ОДНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЛИБО МЕЖДУ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ.

Прерванный случай лечения или незаконченный случай лечения – случай оказания медицинской помощи характеризующийся неполным выполнением объема лечебных, реабилитационных мероприятий, перевод пациента по основному заболеванию, указанному в

качестве причины госпитализации, в рамках одной МО, преждевременной выписке пациента из МО при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, при проведении диагностических исследований, другие причины, а так же случаи, относящиеся к сверхкоротким.

Сверхкороткими являются случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней, кроме случаев, входящих в группы, являющиеся исключениями.

Перечень КСГ, являющихся исключениями, оплата по которым производится по полному тарифу:

№ КСГ	Наименование КСГ
1	Осложнения беременности, родов, послеродового периода
3	Операции на женских половых органах (уровень 1)
4	Операции на женских половых органах (уровень 2)
5.1	Проведение I этапа ЭКО
5.2	Проведение I+II этапа ЭКО
5.3	Проведение I+II+III этапа ЭКО
5.4	Проведение I+II+III+IV этапа ЭКО
36	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина
54	Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
56	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
57	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
60	Замена речевого процессора
62	Операции на органе зрения (уровень 1)
63	Операции на органе зрения (уровень 2)
71	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
75	Отравления и другие воздействия внешних причин
102	Операции на органах полости рта (уровень 1)
108	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
111	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов

Случай госпитализации оплачивается в размере:

100% от стоимости КСГ, если длительность госпитализации составляет менее 3 дней, пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

50% от стоимости КСГ, если длительность госпитализации составляет менее 3 дней, пациенту не проводилось хирургическое лечение либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10).

80% стоимости КСГ при длительности госпитализации менее 50% средней фактически сложившейся длительности лечения по КСГ для конкретной МО (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10).

При переводе больного из отделения круглосуточного стационара в дневной стационар или наоборот, оплата производится по соответствующей КСГ, пребывание больного отражается в счетах круглосуточного и дневного стационара как за самостоятельный случай оказания медицинской помощи. При окончательном расчете стоимости прерванного случая учитываются поправочные коэффициенты, учитывающие особенности и сложность курации пациента, уровень медицинской организации.

Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги:

Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КСГ			Однозначный выбор в отсутствие оказанной услуги		
№	Наименование КСГ, сформированной по услуге	КЗ	№	Наименование КСГ, сформированной по диагнозу	КЗ
62	Операции на органе зрения (уровень 1)	0,96	61	Болезни и травмы глаза	0,39
102	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,92	101	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые	0,88

2.3.3. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА.

1. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара осуществляется:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний;
- за медицинскую услугу по перечню и тарифам, установленным Тарифным соглашением.

Стоимость законченного случая лечения заболевания в рамках оплаты на основе КСГ (Скcg) производится по формуле:

$$\text{Скcg} = \text{БС} * \text{КЗкcg} * \text{ПК}, \text{ где}$$

БС – базовая ставка финансирования медицинской помощи в условиях дневного стационара в рамках Программы ОМС, рассчитанная исходя из объема средств на финансовое обеспечение медицинской помощи в условиях дневного стационара по нормативам, установленным Программой ОМС, в расчете на одного пролеченного пациента, за исключением средств, предназначенных для оплаты процедур диализа;

КЗкcg – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай (устанавливается на федеральном уровне в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС (письмо МЗ РФ №11-8/10/2-8266, ФФОМС №12578/26/и от 22.12.2016 года) (раздел 3.5.2);

ПК – интегрированный поправочный коэффициент оплаты КСГ, рассчитанный с учетом коэффициентов оплаты по следующей формуле:

$$\text{ПК} = \text{КДсуб} * \text{Кус}, \text{ где}$$

КДсуб - коэффициент дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края (раздел 3.1.1);

Кус – коэффициент уровня оказания медицинской помощи в МО, в которой был пролечен пациент (раздел 3.5.4).

Медицинская реабилитация при оценке по шкале Рэнкин 3, проводимая пациенту в условиях дневного стационара (в т.ч. реабилитационных отделениях поликлиник и санаторно-курортных организациях), оплачивается по соответствующей КСГ.

Оплата процедур диализа в условиях дневного стационара, учитывая особенности оказания, а также пожизненный характер проводимого лечения, осуществляется за услугу.

Стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных процедур является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения.

Поправочные коэффициенты к стоимости услуг не применяются.

Учитывая постоянное количество процедур в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения.

В период лечения в дневном стационаре, пациент обеспечивается всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников (кроме средств ОМС).

2. Объемы предоставления медицинской помощи в условиях дневного стационара и финансовые средства распределяются между МО и СМО Комиссией по разработке программы ОМС на год с разбивкой по кварталам.

До МО объемы предоставления медицинской помощи в стационарных условиях доводятся в разрезе КСГ.

3. Сумма оплаты медицинской помощи рассчитывается согласно «Методике расчета суммы оплаты медицинской помощи» (приложение 3 к Тарифному соглашению).

2.4. СВЕДЕНИЯ О ПРИМЕНЕНИИ СПОСОБОВ ОПЛАТЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ ВНЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ.

2.4.1. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ СКОРУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ, ОПЛАТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КОТОРЫХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПО ПОДУШЕВОМУ НОРМАТИВУ.

2.4.1.1. Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), оказывающие скорую медицинскую помощь, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу.

Наименование муниципальных образований края	Перечень медицинских организаций
Западная группа районов	
г. Ачинск	КГБУЗ «Ачинская межрайонная больница»
г. Боготол	КГБУЗ «Боготольская межрайонная больница»
г. Назарово	КГБУЗ «Назаровская станция скорой медицинской помощи»
г. Шарыпово	КГБУЗ «Шарыповская городская больница»
Шарыповский район	КГБУЗ «Шарыповская районная больница»
Бирилюссский район	КГБУЗ «Бирилюсская районная больница»
Большеулуйский район	КГБУЗ «Большеулуйская районная больница»
Козульский район	КГБУЗ «Козульская районная больница»
Тюхтетский район	КГБУЗ «Тюхтетская районная больница»
Ужурский район	КГБУЗ «Ужурская районная больница»
пгт Солнечный	КГБУЗ «Городская больница ЗАТО Солнечный Красноярского края»
г. Канск	КГБУЗ «Канская межрайонная больница»
Абанский район	КГБУЗ «Абанская районная больница»
Дзержинский район	КГБУЗ «Дзержинская районная больница»
Иланский район	КГБУЗ «Иланская районная больница»
Ирбейский район	КГБУЗ «Ирбейская районная больница»
Нижнеингашский район	КГБУЗ «Нижнеингашская районная больница»
Тасеевский район	КГБУЗ «Тасеевская районная больница»
г. Бородино	КГБУЗ «Бородинская городская больница»
г. Дивногорск	КГБУЗ «Дивногорская межрайонная больница»
г. Красноярск	КГБУЗ «Красноярская краевая больница № 2»
	КГБУЗ «Красноярская станция скорой медицинской помощи»
Балахтинский район	КГБУЗ «Балахтинская районная больница»
Березовский район	КГБУЗ «Березовская районная больница»
Большемуртинский район	КГБУЗ «Большемуртинская районная больница»
Емельяновский район	КГБУЗ «Емельяновская районная больница»
пгт Кедровый	КГБУЗ «Больница п. Кедровый»
Манский район	КГБУЗ «Манская районная больница»
Новоселовский район	КГБУЗ «Новоселовская районная больница»
Партизанский район	КГБУЗ «Партизанская районная больница»
Рыбинский район	КГБУЗ «Рыбинская районная больница»
	НУЗ «Узловая больница на ст. Саянская ОАО «РЖД»
Саянский район	КГБУЗ «Саянская районная больница»

Наименование муниципальных образований края	Перечень медицинских организаций
Сухобузимский район	КГБУЗ «Сухобузимская районная больница»
Уярский район	КГБУЗ «Уярская районная больница»
Лесосибирская группа районов	
г. Лесосибирск	КГБУЗ «Лесосибирская межрайонная больница»
Енисейский район	КГБУЗ «Енисейская районная больница»
Казачинский район	КГБУЗ «Казачинская районная больница»
Пировский район	КГБУЗ «Пировская районная больница»
Северо-Енисейский район	КГБУЗ «Северо-Енисейская районная больница»
Мотыгинский район	КГБУЗ «Мотыгинская районная больница»
Южная группа районов	
г. Минусинск	КГБУЗ «Минусинская межрайонная больница»
Ермаковский район	КГБУЗ «Ермаковская районная больница»
Идринский район	КГБУЗ «Идринская районная больница»
Каратузский район	КГБУЗ «Каратузская районная больница»
Краснотуранский район	КГБУЗ «Краснотуранская районная больница»
Курагинский район	КГБУЗ «Курагинская районная больница»
Шушенский район	КГБУЗ «Шушенская районная больница»
г. Норильск	КГБУЗ «Норильская станция скорой медицинской помощи»
	КГБУЗ «Норильская городская больница № 3»
Таймырский Долгано-Ненецкий муниципальный район	КГБУЗ «Таймырская районная больница № 1»
	КГБУЗ «Таймырская межрайонная больница»
Богучанский район	КГБУЗ «Богучанская районная больница»
	КГБУЗ «Чуноярская участковая больница»
Кежемский район	КГБУЗ «Кежемская районная больница»
Туруханский район	КГБУЗ «Туруханская районная больница»
	КГБУЗ «Игарская городская больница»
Эвенкийский муниципальный район	КГБУЗ «Турунская межрайонная больница»
	КГБУЗ «Байкитская районная больница № 1»
	КГБУЗ «Ванаварская районная больница № 2»
г. Железногорск	ФГБУЗ «Клиническая больница № 51» ФМБА России
г. Зеленогорск	ФГБУ «Федеральный Сибирский научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства» Клиническая больница № 42 (филиал)

2.4.1.2. Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), оказывающие скорую медицинскую помощь, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за вызов.

Наименование муниципальных образований края	Перечень медицинских организаций
г. Красноярск	ФГБУ «Федеральный Сибирский научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства»

2.4.2. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ОПЛАЧИВАЕМЫХ ПО ОТДЕЛЬНЫМ ТАРИФАМ.

Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, при проведении тромболитической терапии осуществляется по установленным тарифам в рамках установленных объемов медицинской помощи и финансовых средств.

2.4.3. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

1. Оплата скорой медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования на обслуживаемое население в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи в рамках установленных объемов и стоимости.

Объемы (вызова) скорой медицинской помощи и финансовые средства распределяются между МО и СМО Комиссией по разработке программы ОМС на год с разбивкой по кварталам, с выделением объемов (вызовов) скорой медицинской помощи и финансовых средств, предусмотренных на проведение тромболитической терапии.

2. Тарифным соглашением устанавливаются:

ПН - подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи на 1 застрахованное лицо в год (месяц);

КДсуб – коэффициент дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края (раздел 3.1.1);

КДпвс - половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива скорой медицинской помощи (раздел 3.6.4);

КДси – коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание имущества медицинских организаций (раздел 3.6.2.2);

тариф за вызов скорой медицинской помощи (для осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным за пределами Красноярского края и для МО, по которым оплата за скорую медицинскую помощь осуществляется за вызов);

тариф за вызов скорой медицинской помощи при проведении тромболитической терапии.

3. Сверка численности обслуживаемого населения производится на основании данных регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц Красноярского края (далее - РС ЕРЗЛ) ежемесячно по состоянию на первое число текущего месяца. Сверка оформляется в виде актов сверки численности обслуживаемого населения, подписываемых СМО с МО для групп лиц по полу и возрасту с дифференциацией.

4. Объем средств для финансирования МО на месяц рассчитывается в следующем порядке:

Расчет подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи (ПН) на один месяц на одно застрахованное лицо производится по формуле и утверждается в рамках Тарифного соглашения:
$$ПН = (Ф-Св)/Ч, \text{ где:}$$

Ф – объем финансирования скорой медицинской помощи в рамках ТП ОМС;

Св – размер средств, направленных на оплату СМП за вызов;

Ч – численность застрахованного населения Красноярского края.

Расчет объема средств для финансирования i-ой МО (ОФ_i) производится по формуле: $ОФ_i = \sum ПН * Ч_i * К_{Динт_i}$, где:

Ч_i – численность застрахованного населения по полу и возрасту, обслуживаемого станцией (подстанцией) скорой медицинской помощи или отделением скорой медицинской помощи, входящим в состав i-ой МО, застрахованного в СМО;

К_{Динт_i} – средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации для однородных групп медицинских организаций:

$К_{Динт_i} = К_{Дсуб_i} * К_{Дпвс_i} * К_{Дси_i}$, где:

К_{Дсуб_i} – коэффициент дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края i-ой МО (раздел 3.1.1.);

К_{Дпвс_i} – половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива скорой медицинской помощи для i-ой МО (графа 4 раздела 3.6.2.2.);

К_{Дси_i} – коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание имущества для i-ой МО (графа 5 раздела 3.6.2.2.).

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного для i-ой МО по дифференцированным подушевым нормативам к согласованному объему средств, утвержденному на соответствующий месяц, рассчитывается поправочный коэффициент (КП_i):

$$КП_i = Ф_i / \sum ОФ_i$$

- фактический объем финансирования i-ой СМО (ФФ_i) определяется с учетом поправочного коэффициента:

$$ФФ_i = ОФ_i * КП_i.$$

5. МО ежемесячно формирует и направляет в СМО счет на оплату медицинской помощи, для МО, по которым оплата за скорую медицинскую помощь осуществляется за вызов.

6. Для учета объемов и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий оказания скорой медицинской помощи МО направляет в СМО и ТФОМС Красноярского края сведения об оказанной медицинской помощи.

РАЗДЕЛ 3. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ.

3.1. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СООТВЕТСТВИИ С МЕТОДИКОЙ РАСЧЕТА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

В основу системы оплаты медицинской помощи положены тарифы на медицинские услуги при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, скорой медицинской помощи. Формирование тарифов на медицинскую помощь осуществляется исходя из нормативов, предусмотренных ТП ОМС.

Тарифы на медицинские услуги являются едиными для ТФОМС Красноярского края и всех СМО, оплачивающих медицинскую помощь, оказанную гражданам в МО Красноярского края.

Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определяется в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования».

Структура тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках ТП ОМС, включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных препаратов, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством РФ, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

В соответствии с Приказом Минфина РФ «Об утверждении Указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации» от 01.07.2013 №65н в тарифах учтены затраты по следующим предметным статьям, подстатьям и элементам расходов экономической классификации:

- а) расходы на **«Зарботную плату»:**
подстатья 211 «Зарботная плата»

Расходы на заработную плату осуществляются исходя из нормативной численности медицинского персонала, необходимой для выполнения задания на основе отраслевых норм трудозатрат, в пределах средств МО на оплату труда.

Размер подушевого норматива финансового обеспечения базовой программы ОМС на 2017 год предусматривает выплату заработной платы медицинским работникам с сохранением уровня 2016 года.

Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера:

врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

врачам, фельдшерам и медицинским сестрам МО и подразделений СМП за оказанную скорую медицинскую помощь вне МО; врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Системы оплаты труда работников МО формируются на основе следующих принципов:

- установление систем оплаты труда коллективными договорами, соглашениями и локальными нормативными актами в соответствии с трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами РФ, содержащими нормы трудового права, включая фиксированные размеры тарифных ставок, окладов (должностных окладов), ставок заработной платы за исполнение трудовых (должностных) обязанностей за календарный месяц, а также размеры доплат и надбавок компенсационного характера, в том числе за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных, размеры выплат стимулирующего характера;

- обеспечение зависимости заработной платы каждого работника от его квалификации, сложности выполняемой работы, количества и качества затраченного труда;

- обеспечение равной оплаты за труд равной ценности при установлении размеров тарифных ставок, окладов (должностных окладов), ставок заработной платы, выплат компенсационного и стимулирующего характера, а также недопущение какой бы то ни было дискриминации - различий, исключений и предпочтений, не связанных с деловыми качествами работников и результатами их труда.

Целевые показатели эффективности должны содержать формализованные критерии определения достижимых результатов деятельности работников МО, измеряемые качественными и количественными показателями.

подстатья 212 «Прочие выплаты»- расходы, по оплате работодателем в пользу работников, не относящихся к заработной плате дополнительных выплат и компенсаций, обусловленных условиями трудовых отношений, статусом работников в соответствии с действующим законодательством РФ.

б) расходы на **«Начисления на выплаты по оплате труда»:**

подстатья 213 «Начисления на выплаты по оплате труда»- расходы по оплате страховых взносов во внебюджетные фонды, а также страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

в) расходы на **«Продукты питания»:**

подстатья 226 «Прочие работы, услуги»- расходы на оплату услуг по организации питания предприятиями общественного питания или другой медицинской организацией (при отсутствии своего пищеблока);

статья 340 «Увеличение стоимости материальных запасов» - расходы на приобретение продуктов питания для организации лечебного питания пациентов медицинских организаций.

Расходы на продукты питания осуществляются на основании среднесуточного набора продуктов питания на одного больного в МО в соответствии с нормативными документами по организации лечебного питания, в пределах средств МО.

г) расходы на «**Лекарственные препараты и расходные материалы**»:

подстатья 226 «Прочие работы, услуги» - расходы по оплате стоимости лабораторных и инструментальных исследований, производимых в других организациях (при отсутствии своей лаборатории и диагностического оборудования, а также при их дефиците);

статья 310 «Увеличение стоимости основных средств» - расходы на приобретение мелкого медицинского инструментария и других предметов медицинского назначения, включенных в перечень изделий медицинского назначения, необходимых для оказания скорой, неотложной и стационарной медицинской помощи, утверждаемый ежегодно правительством Красноярского края в составе Программы государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи;

статья 340 «Увеличение стоимости материальных запасов» - расходы на приобретение лекарственных препаратов и расходных материалов, в соответствии с Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, утверждаемым ежегодно правительством РФ;

Расходы на лекарственные препараты и расходные материалы (ЛП и РМ) осуществляются по каждому структурному подразделению (поликлинике, профильному отделению стационара) и/или в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи, в пределах средств МО.

Организация обеспечения лекарственными препаратами и медицинскими изделиями в условиях дневного и круглосуточного стационара в системе ОМС:

а) с целью организации обеспечения лекарственными препаратами и медицинскими изделиями приказом главного врача назначается ответственный за лекарственное обеспечение и создается формулярная комиссия МО, ее состав и порядок работы;

б) работа по расчету потребности и формированию заявки на медикаменты, изделия медицинского назначения, лабораторной диагностики, средствам дезинфекции ведется в программном продукте министерства здравоохранения Красноярского края «Клинико-экономические стандарты» (далее – «КЭС»)

в) формулярная комиссия определяет структуру затрат: отдельно по медикаментам, изделиям медицинского назначения, лабораторной диагностики, средствам дезинфекции (далее ЛП и МИ),

г) общая сумма затрат не должна превышать предельного бюджета на медикаменты, утвержденного на текущий год, формулярная комиссия проводит анализ структуры пролеченных больных за предыдущий период;

д) на основе проведенного анализа комиссия планирует медицинские услуги в соответствии с МКБ, уровнем и профилем медицинской помощи;

е) под каждую медицинскую услугу планируется перечень медикаментов преимущественно из перечня ЖНВЛП, утвержденного правительством РФ на очередной год;

ж) расчет потребности проводится исходя из количества запланированных больных и ЛП и МИ, входящих в услуги;

з) заявка на ЛП и МИ формируется в программе «КЭС» следующим способом: из сводной потребности исключаются ассортимент и объемы, которые имеются в товарных остатках и поступающие в МО в соответствии с заключенными ранее контрактами (в том числе с учетом трех годовых контрактов);

и) формулярная комиссия проводит ABC и VEN анализ ассортимента и вносит необходимые корректировки;

к) итоговая заявка формируется в программе «КЭС» с разделением на способы закупок (самостоятельный и централизованный способ). Общая стоимость заявки на ЛП и МИ не может превышать предельного бюджета МО на эту статью расходов;

л) после защиты в министерстве здравоохранения Красноярского края заявка из программы «КЭС» на основании соглашений о проведении совместных закупок направляется в Агентство государственного заказа Красноярского края для проведения закупок.

м) преимущественным способом закупок ЛП и МИ являются совместные закупки (централизованные закупки).

н) самостоятельные закупки согласовываются с министерством здравоохранения Красноярского края и также осуществляются через агентство государственного заказа Красноярского края

о) по итогам аукционов МО заключают контракты с поставщиками-победителями аукционов;

п) поставка товаров, как по самостоятельным, так и по централизованным закупкам осуществляется равномерно в течение года согласно графику поставки.

р) график поставки должен учитывать имеющиеся товарных запасы, периода их расхода, сезонность и другие особенности, и должен обеспечивать постоянное наличие ЛП и оптимальный их запас;

с) исполнение графика поставок должно быть под постоянным контролем ответственного за организацию лекарственного обеспечения;

т) приход ЛП и МИ от поставщиков осуществляется на основании счетов-фактур, накладных;

у) все поступившие ЛП и МИ подлежат предметно-количественному учету.

ф) предметно-количественный учет осуществляется в соответствии с методическими рекомендациями, утвержденными министерством здравоохранения края;

х) ежемесячно, до 5 числа месяца, следующего за отчетным, отчет по предметно-количественному учету направляется в ТФОМС в соответствии со Стандартом передачи данных;

ц) поступившие в отделение ЛП и МИ подлежат персонифицированному учету.

ч) персонифицированный учет ЛП и МИ в отделении ведется в соответствии с методическими рекомендациями «Автоматизация персонифицированного учета лекарственных препаратов в медицинских организациях Красноярского края», утвержденными министерством здравоохранения;

ш) данные предметно-количественного и персонифицированного учета являются основой для расчета потребности и формирования заявки на ЛП и МИ на следующий год.

д) расходы на «**Мягкий инвентарь**»:

статья 340 «Увеличение стоимости материальных запасов» - расходы на оплату приобретения и изготовления постельного белья и принадлежностей для пациентов, одежды и обмундирования для пациентов и медицинских работников в соответствии с действующим законодательством РФ.

Расходы на мягкий инвентарь осуществляются по нормам оснащения мягким инвентарем, в соответствии с действующими нормативными документами, в пределах средств МО.

е) расходы на услуги связи:

подстатья 221 «Услуги связи»- расходы по оплате договоров на оказание услуг связи в целях обеспечения собственных нужд для выполнения программы ОМС. Расходы организации по оплате договоров на предоставление услуг сотовой связи на основании утвержденного руководителем организации перечня должностей работников, которым в силу исполняемых ими обязанностей

необходимо использование сотовой связи в пределах утвержденного лимита. Расходы организации по оплате договоров на оказание услуг по установке дополнительных точек связи.

ж) расходы на **транспортные услуги:**

подстатья 222 «Транспортные услуги» - расходы по оплате договоров на оказание транспортных услуг в целях обеспечения собственных нужд для выполнения программы ОМС.

з) расходы на **коммунальные услуги:**

подстатья 223 «Коммунальные услуги» - расходы по оплате договоров на приобретение коммунальных услуг в целях выполнения программы ОМС и собственных нужд.

и) расходы **арендной платы за пользование имуществом:**

подстатья 224 «Арендная плата за пользование имуществом» - расходы по оплате арендной платы в соответствии с заключенными договорами аренды (субаренды) имущества, в том числе помещений, в целях обеспечения собственных нужд для выполнения программы ОМС.

к) расходы на **услуги по содержанию имущества:**

подстатья 225 «Работы, услуги по содержанию имущества» - расходы по оплате договоров на выполнение работ, оказание услуг, связанных с содержанием нефинансовых активов, находящихся в оперативном управлении, аренде или безвозмездном пользовании, в целях обеспечения собственных нужд для выполнения программы ОМС, за исключением капитального ремонта зданий, сооружений, помещений.

л) расходы на **прочие услуги:**

подстатья 226 «Прочие работы, услуги» - экономически обоснованные и документально подтвержденные расходы организации по оплате договоров на выполнение работ, на оказание услуг, не отнесенных на подстатьи 221-225 за исключением расходов на проектно-сметную документацию на проведение капитального ремонта. Расходы на проведение медицинских осмотров работников, состоящих в штате организации.

м) расходы на **социальное обеспечение:**

статья 260 «Социальное обеспечение» - выходные пособия при увольнении сотрудников и другие экономически обоснованные виды расходов.

н) **прочие расходы.**

статья 290 «Прочие расходы» - расходы на уплату налогов и сборов в бюджеты всех уровней. Расходы на уплату разного рода платежей, государственных пошлин. Экономически обоснованные прочие виды расходов.

о) расходы на **приобретение оборудования:**

статья 310 «Увеличение стоимости основных средств» - расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

п) расходы на **приобретение материальных запасов.**

статья 340 «Увеличение стоимости материальных запасов» - расходы по оплате договоров на приобретение: горюче-смазочных материалов, строительных материалов, прочих материальных запасов для выполнения программы ОМС. Расходы по обеспечению

специальным питанием медицинских работников, работа которых связана с вредными и опасными для здоровья и жизни условиями труда.

Закупка товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд, заключение и оплата государственных контрактов, а также гражданско-правовых договоров бюджетных учреждений осуществляется с учетом потребности текущего календарного года и в пределах средств МО.

В течение финансового года образование кредиторской задолженности допускается в размере не более среднемесячной суммы заработанных средств, за исключением МО, осуществляющих «северный завоз».

Для всех медицинских организаций фиксируется фонд оплаты труда на год в целом на медицинскую организацию.

Фактические расходы на оплату труда не могут превышать установленного фонда оплаты труда.

Перераспределение средств между видами и условиями оказания медицинской помощи возможно по решению (приказу) главного врача медицинской организации, при условии подтверждения обоснованности отнесения фактических расходов на лечебные подразделения на основании данных экономического анализа.

3.1.1. КОЭФФИЦИЕНТЫ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ТАРИФОВ ДЛЯ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ.

Коэффициент дифференциации устанавливается в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (письмо МЗ РФ №11-8/10/2-8266, ФФОМС №12578/26/и от 22.12.2016 года) (далее – Методические рекомендации).

В соответствии с Методическими рекомендациями, коэффициент дифференциации отражает уровень заработной платы и индекса бюджетных расходов по муниципальным образованиям Красноярского края. Порядок расчета коэффициента определен постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – Постановление от 05.05.2012 № 462).

Коэффициент дифференциации для *i*-го муниципального образования Красноярского края рассчитывается по формуле:

$$K_i = (0,6 * \max (K_i^p; K_i^{3п}) + 0,4 * ИБР_i) * 1,512$$

где:

$\max (K_i^p; K_i^{3п})$ - функция выбора максимального значения из коэффициентов K_i^p и $K_i^{3п}$;

K_i^p - сумма средневзвешенного районного коэффициента к заработной плате и средневзвешенной процентной надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории *i*-го муниципального образования Красноярского края;

$K_i^{3п}$ - коэффициент уровня среднемесячной заработной платы *i*-го муниципального образования Красноярского края;

ИБР_{*i*} - расчетный уровень индекса бюджетных расходов *i*-го муниципального образования Красноярского края на год, в котором

рассчитывается субвенция, определяемый в соответствии с методикой распределения дотаций на выравнивание бюджетной обеспеченности субъектов Российской Федерации, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 22.11.2004 № 670 «О распределении дотаций на выравнивание бюджетной обеспеченности субъектов Российской Федерации» и Законом Красноярского края от 10.07.2007 № 2-317 «О межбюджетных отношениях в Красноярском крае».

1,512 - коэффициент дифференциации на 2017 год, рассчитанный для Красноярского края в соответствии с Постановлением от 05.05.2012 № 462.

На территории Красноярского края установлено несколько районных коэффициентов к заработной плате и процентных надбавок к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также расчетные уровни индекса бюджетных расходов. При установлении размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи для медицинских организаций учитываются значения вышеперечисленных показателей, установленные для территории, на которой расположена медицинская организация.

Исходная информация для расчета коэффициента дифференциации (ИБР, средняя заработная плата по муниципальным образованиям Красноярского края) взята из приложения 12. Расчетные файлы к проекту Закона Красноярского края «О краевом бюджете на 2017 год и плановый период 2018-2019 годов», размещенного в общем доступе на официальном сайте Министерства финансов Красноярского края (<http://minfin.krskstate.ru>) по ссылке <http://minfin.krskstate.ru/doc/zakonprojekts/0/doc/35587>.

Наименование муниципальных образований края	Коэффициент дифференциации
г. Ачинск	1,19
г. Боготол	1,22
г. Назарово	1,19
Назаровский район	1,50
г. Шарыпово	1,18
Шарыповский район	1,32
Бирилюсский район	1,54
Большеулуйский район	1,94
Козульский район	1,33
Тюхтетский район	1,60
Ужурский район	1,39
пгт. Солнечный	1,25
г. Канск	1,18
Абанский район	1,59
Дзержинский район	1,47
Иланский район	1,38
Ирбейский район	1,60
Нижнеингашский район	1,38
Тасеевский район	1,45
г. Бородино	1,19
г. Дивногорск	1,21
г. Красноярск	1,21
г. Сосновоборск	1,16
Балахтинский район	1,44
Березовский район	1,29

Наименование муниципальных образований края	Коэффициент дифференциации
Большемуртинский район	1,42
Емельяновский район	1,48
пгт Кедровый	1,22
Манский район	1,54
Новоселовский район	1,51
Партизанский район	1,54
Рыбинский район	1,39
Саянский район	1,59
Сухобузимский район	1,50
Уярский район	1,32
г. Лесосибирск	1,45
Енисейский район	1,59
Казачинский район	1,56
Пировский район	1,56
Северо-Енисейский район	3,11
Мотыгинский район	2,10
г. Минусинск	1,18
Ермаковский район	1,42
Идринский район	1,63
Каратузский район	1,42
Краснотуранский район	1,39
Курагинский район	1,35
Шушенский район	1,30
г. Норильск	2,96
Таймырский Долгано-Ненецкий муниципальный район	5,56

Наименование муниципальных образований края	Коэффициент дифференциации
Богучанский район	1,77
Кежемский район	2,06
Туруханский район	3,55

Наименование муниципальных образований края	Коэффициент дифференциации
Эвенкийский муниципальный район	6,86
г. Железногорск	1,21
г. Зеленогорск	1,18

3.2. УСТАНОВЛЕНИЕ ТАРИФОВ НА ОТДЕЛЬНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ.

Тарифы на диагностические услуги, предоставляемые исполнителями по направлениям медицинских организаций, предоставляющих медицинскую помощь в амбулаторных условиях¹

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, руб.
1.	A03. Визуальное обследование, требующее специальных приборов, навыков и помощи ассистента		
1.1.	A03.08.004.001.005	Эндоскопический осмотр носа	900,0
1.2.	A03.09.001	Бронхоскопия	500,0
1.3.	A03.09.002	Трахеоскопия	500,0
1.4.	A03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия	800,0
1.5.	A03.18.001.004	Эндосонаграфическое исследование толстой кишки	2 200,0
1.6.	A03.19.000.000.004	Ректосигмоидоколоноскопия	800,0
1.7.	A03.26.000.000.020	Оптическая когерентная томография переднего отрезка глаза	600,0
2.	A04. Регистрация звуковых сигналов, издаваемых или отражающихся органами или тканями с их последующей расшифровкой и описанием		
2.1.	A04.01.001	Ультразвуковое исследование мягких тканей (одна анатомическая зона)	500,0
2.2.	A04.03.003	Ультразвуковая денситометрия	500,0
2.3.	A04.04.001	Ультразвуковое исследование сустава	500,0
2.4.	A04.06.002	Ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона)	500,0
2.5.	A04.10.002.000.003	Эхокардиография с доплеровским анализом	1 000,0
2.6.	A04.10.002.001	Эхокардиография чрезпищеводная	1 000,0
2.7.	A04.12.000.000.021	Ультразвуковое исследование артерий конечностей (верхних или нижних)	1 000,0
2.8.	A04.12.000.000.022	Ультразвуковое исследование вен конечностей (верхних или нижних)	1 000,0
2.9.	A04.12.000.000.023	Ультразвуковое исследование УЗИ сосудов брахиоцефальной зоны (шеи)	1 000,0
2.10.	A04.12.003	Дуплексное сканирование аорты	205,0
2.11.	A04.14.001	Ультразвуковое исследование печени	500,0
2.12.	A04.14.002	Ультразвуковое исследование желчного пузыря	500,0
2.13.	A04.15.001	Ультразвуковое исследование поджелудочной железы	500,0
2.14.	A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	800,0
2.15.	A04.20.001	Ультразвуковое исследование матки и придатков трансабдоминальное	500,0
2.16.	A04.20.001.001	Ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное	500,0
2.17.	A04.20.002	Ультразвуковое исследование молочных желез	500,0
2.18.	A04.21.001	Ультразвуковое исследование простаты	500,0
2.19.	A04.21.001.001	Ультразвуковое исследование предстательной железы трансректальное	800,0

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, руб.
2.20.	A04.22.001	Ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез	500,0
2.21.	A04.22.002	Ультразвуковое исследование надпочечников	500,0
2.22.	A04.23.001	Нейросонография	250,0
2.23.	A04.23.002	Эхоэнцефалография	250,0
2.24.	A04.28.001	Ультразвуковое исследование почек и надпочечников	500,0
2.25.	A04.28.002.001	Ультразвуковое исследование почек	500,0
2.26.	A04.28.002.003	Ультразвуковое исследование мочевого пузыря	500,0
2.27.	A04.28.003	Ультразвуковое исследование органов мошонки	500,0
2.28.	A04.30.000.000.009	Исследование маточно-плацентарного кровотока с доплеровским анализом	100,0
2.29.	A04.30.001.000.005	Ультразвуковое исследование плода (1 триместр)	100,0
2.30.	A04.30.001.000.006	Ультразвуковое исследование плода (2 триместр)	100,0
2.31.	A04.30.001.000.007	Ультразвуковое исследование плода (3 триместр)	100,0
2.32.	A04.30.003	Ультразвуковое исследование забрюшинного пространства	500,0
3.	A05. Регистрация электромагнитных сигналов, испускаемых или потенцированных в органах и тканях с их последующей расшифровкой и описанием		
3.1.	A05.01.002	Магнитно-резонансная томография мягких тканей	1 700,0
3.2.	A05.02.001	Электромиография игольчатыми электродами (одна мышца)	1 300,0
3.3.	A05.03.002	Магнитно-резонансная томография позвоночника (один отдел)	1 700,0
3.4.	A05.03.002.000.004	Магнитная резонансная томография шейного отдела позвоночника	1 700,0
3.5.	A05.03.002.000.007	Магнитная резонансная томография поясничного отдела позвоночника	1 700,0
3.6.	A05.03.002.000.009	Магнитная резонансная томография грудного отдела позвоночника	1 700,0
3.7.	A05.03.002.000.011	Магнитно-резонансная томография пояснично-крестцового отдела позвоночника, копчика	1 700,0
3.8.	A05.03.002.001.005	Магнитная резонансная томография шейного отдела позвоночника с контрастированием	4 700,0
3.9.	A05.03.002.001.008	Магнитная резонансная томография поясничного отдела позвоночника с контрастированием	4 700,0
3.10.	A05.03.002.001.010	Магнитная резонансная томография грудного отдела позвоночника с контрастированием	4 700,0
3.11.	A05.04.001	Магнитно-резонансная томография суставов (один сустав)	1 700,0
3.12.	A05.04.001.000.003	Магнитная резонансная томография коленного сустава	1 700,0
3.13.	A05.04.001.000.005	Магнитная резонансная томография плечевого сустава	1 700,0
3.14.	A05.04.001.000.007	Магнитная резонансная томография стопы и лодыжек	1 700,0

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, руб.
3.15.	A05.04.001.000.009	Магнитно-резонансная томография тазобедренных суставов	1 700,0
3.16.	A05.04.001.001.004	Магнитная резонансная томография коленного сустава с контрастированием	4 700,0
3.17.	A05.04.001.001.006	Магнитная резонансная томография плечевого сустава с контрастированием	4 700,0
3.18.	A05.04.001.001.008	Магнитная резонансная томография стопы и лодыжек с контрастированием	4 700,0
3.19.	A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	60,0
3.20.	A05.10.008	Холтеровское мониторирование артериального давления	900,0
3.21.	A05.10.008.001	Холтеровское мониторирование сердечного ритма (ХМ-ЭКГ)	900,0
3.22.	A05.10.009.001	Магнитно-резонансная томография сердца с контрастированием	4 700,0
3.23.	A05.10.009.001.013	Магнитная резонансная томография сердца с контрастным исследованием органов грудной полости	4 700,0
3.24.	A05.12.004	Магнитно-резонансная ангиография (одна область)	1 700,0
3.25.	A05.12.005	Магнитно-резонансная венография (одна область)	1 700,0
3.26.	A05.14.001	Магнитно-резонансная томография органов брюшной полости	1 700,0
3.27.	A05.14.002	Магнитно-резонансная холангиография	4 500,0
3.28.	A05.23.001	Электроэнцефалография	900,0
3.29.	A05.23.001.002	Электроэнцефалография с видеомониторингом	5 300,0
3.30.	A05.23.002.000.010	Реоэнцефалография (компьютерная)	500,0
3.31.	A05.23.005	Регистрация соматосенсорных вызванных потенциалов коры головного мозга	900,0
3.32.	A05.23.005.001	Регистрация вызванных потенциалов коры головного мозга одной модальности (зрительные, когнитивные, акустические столовые)	800,0
3.33.	A05.23.009	Магнитно-резонансная томография головного мозга	1 700,0
3.34.	A05.23.009.000.016	Магнитно-резонансная томография головного мозга и исследование орбит	3 700,0
3.35.	A05.23.009.000.017	Магнитно-резонансная томография головного мозга, безконтрастная ангиография артерий головного мозга	6 800,0
3.36.	A05.23.009.001	Магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием	4 700,0
3.37.	A05.23.009.001.015	Магнитная резонансная томография головного мозга с контрастным исследованием сосудов	4 700,0
3.38.	A05.26.002	Регистрация зрительных вызванных потенциалов коры головного мозга	1 000,0
3.39.	A05.26.008	Магнитно-резонансная томография глазницы	1 700,0
3.40.	A05.28.002.000.001	Магнитно-резонансная томография почек и забрюшинного пространства	1 700,0
3.41.	A05.28.002.000.002	Магнитно-резонансная томография почек и забрюшинного пространства с контрастированием	4 700,0
3.42.	A05.28.002.000.003	Магнитно-резонансная томография почек и забрюшинного пространства с контрастным исследованием сосудов почек и надпочечников	6 700,0
3.43.	A05.30.000.000.011	Магнитная резонансная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства	1 700,0
3.44.	A05.30.004	Магнитно-резонансная томография органов малого таза	1 700,0
3.45.	A05.30.004.001	Магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием	4 700,0
3.46.	A05.30.004.001.010	Магнитно-резонансная томография органов малого таза с контрастным исследованием сосудов	4 700,0

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, руб.
3.47.	A05.30.005.001	Магнитно-резонансная томография брюшной полости с внутривенным контрастированием	4 700,0
3.48.	A05.30.005.001.009	Магнитно-резонансная томография брюшной полости с контрастным исследованием сосудов	4 700,0
3.49.	A05.30.007	Магнитно-резонансная томография забрюшинного пространства	1 700,0
3.50.	A05.30.011	Магнитно-резонансная томография верхней конечности	1 700,0
3.51.	A05.30.011.001	Магнитно-резонансная томография верхней конечности с внутривенным контрастированием	4 700,0
3.52.	A05.30.012	Магнитно-резонансная томография нижней конечности	1 700,0
3.53.	A05.30.012.001	Магнитно-резонансная томография нижней конечности с внутривенным контрастированием	4 700,0
4.	A06. Рентгенологические исследования с их последующим описанием и рентгенотерапия		
4.1.	A06.03.002	Компьютерная томография головы	1 000,0
4.2.	A06.03.002.001	Компьютерная томография головы с контрастированием	4 000,0
4.3.	A06.03.005	Рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях	600,0
4.4.	A06.03.011	Рентгенография шейно-дорсального отдела позвоночника	600,0
4.5.	A06.03.013	Рентгенография дорсального отдела позвоночника	600,0
4.6.	A06.03.014	Рентгенография дорсоломбального отдела позвоночника	600,0
4.7.	A06.03.015	Рентгенография поясничного отдела позвоночника	600,0
4.8.	A06.03.016	Рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника	600,0
4.9.	A06.03.017	Рентгенография крестца и копчика	600,0
4.10.	A06.03.041	Рентгенография всего таза	600,0
4.11.	A06.03.052	Рентгенография стопы	600,0
4.12.	A06.03.058	Компьютерная томография позвоночника (один отдел)	1 000,0
4.13.	A06.03.058.002	Компьютерная томография позвоночника спиральная	3 300,0
4.14.	A06.03.061	Рентгеноденситометрия	600,0
4.15.	A06.03.062	Компьютерная томография кости	1 000,0
4.16.	A06.04.000.000.022	Рентгенография мелких суставов	600,0
4.17.	A06.04.003	Рентгенография локтевого сустава	600,0
4.18.	A06.04.004	Рентгенография лучезапястного сустава	600,0
4.19.	A06.04.005	Рентгенография коленного сустава	600,0
4.20.	A06.04.010	Рентгенография плечевого сустава	600,0
4.21.	A06.04.011	Рентгенография бедренного сустава	600,0
4.22.	A06.04.012	Рентгенография голеностопного сустава	600,0
4.23.	A06.04.017	Компьютерная томография сустава	1 000,0
4.24.	A06.04.017.001	Спиральная компьютерная томография сустава	3 300,0
4.25.	A06.07.004	Ортопантомография	200,0
4.26.	A06.07.010.000.012	Специализированная компьютерная томография челюстно-лицевой области	1 000,0
4.27.	A06.08.003	Рентгенография придаточных пазух носа	600,0
4.28.	A06.08.007	Компьютерная томография придаточных пазух носа, гортани	1 000,0
4.29.	A06.08.007.000.010	Компьютерная томография придаточных пазух носа, гортани (с контрастным усилением)	4 000,0
4.30.	A06.08.007.003	Спиральная компьютерная томография придаточных пазух носа	2 800,0
4.31.	A06.08.009.001	Спиральная компьютерная томография шеи	1 000,0
4.32.	A06.09.005	Компьютерная томография органов грудной полости	1 000,0
4.33.	A06.09.005.001	Спиральная компьютерная томография грудной полости	2 800,0
4.34.	A06.09.006	Флюорография легких	70,0
4.35.	A06.09.006.001	Флюорография легких цифровая	70,0
4.36.	A06.09.007	Рентгенография легких	600,0

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, руб.
4.37.	A06.12.003	Ангиография позвоночной артерии	5 600,0
4.38.	A06.12.004	Ангиография сонной артерии избирательная	5 600,0
4.39.	A06.12.005	Ангиография внутренней сонной артерии	5 600,0
4.40.	A06.12.006	Ангиография наружной сонной артерии	5 600,0
4.41.	A06.12.007	Ангиография общей сонной артерии	5 600,0
4.42.	A06.12.008	Ангиография артерии щитовидной железы	5 600,0
4.43.	A06.12.009	Ангиография грудной аорты ретроградная	5 600,0
4.44.	A06.12.010	Ангиография легочной артерии избирательная	5 600,0
4.45.	A06.12.011	Ангиография легочной артерии поперечно-грудная	5 600,0
4.46.	A06.18.001	Ирригоскопия	600,0
4.47.	A06.20.004	Маммография	500,0
4.48.	A06.20.004.000.001	Маммография цифровая	900,0
4.49.	A06.23.004	Компьютерная томография головы с контрастированием структур головного мозга	4 000,0
4.50.	A06.23.004.002	Компьютерная томография головы спиральная с контрастированием	8 200,0
4.51.	A06.23.009	Миелография	2 200,0
4.52.	A06.25.003	Компьютерная томография височной кости	1 000,0
4.53.	A06.26.006	Компьютерная томография глазницы	1 000,0
4.54.	A06.28.009.000.018	Компьютерная томография почек с контрастированием	4 000,0
4.55.	A06.30.000.000.006	Компьютерная томография органов малого таза	1 000,0
4.56.	A06.30.000.000.019	Компьютерная томография органов анатомической полости (без контраста)	1 000,0
4.57.	A06.30.005	Компьютерная томография органов брюшной полости	1 000,0
4.58.	A06.30.005.001.009	Компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастированием	4 000,0
4.59.	A06.30.005.002.008	Спиральная компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием	9 800,0
4.60.	A06.30.005.003	Компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием	4 000,0
4.61.	A06.30.005.003.010	Компьютерная томография органов брюшной полости с контрастированием	4 000,0
4.62.	A06.30.007	Компьютерная томография забрюшинного пространства	2 800,0
4.63.	A06.30.007.002.011	Компьютерная томография забрюшинного пространства с контрастированием	4 000,0
5.	A07. Исследования с помощью радионуклидов и методы радиационной терапии		
5.1.	A07.30.016.001	Позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией	37 000,0
5.2.	A07.30.017.000.001	Однофотонная эмиссионная компьютерная томография, совмещенная с компьютерной томографией	2 500,0
6.	A08. Морфологические исследования тканей		
6.1.	A08.05.000.000.028	Дифференциальный подсчет лейкоцитов в крови	50,0
6.2.	A08.05.005.000.027	Исследование урона тромбоцитов в крови (метод Фонно)	50,0
6.3.	A08.05.008.000.026	Исследование урона ретикулоцитов в крови (суправитальная окраска)	50,0
6.4.	A08.16.001	Морфологическое исследование препарата тканей пищевода	800,0
6.5.	A08.16.002	Морфологическое исследование препарата тканей желудка	800,0
6.6.	A08.16.003	Морфологическое исследование препарата тканей двенадцатиперстной кишки	800,0
7.	A09. Исследования биологических жидкостей		

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, руб.
7.1.	A09.05.000.000.080	Исследование уровня антигена аденогенных раков Ca 15-3 в крови (хемилюминесценция)	250,0
7.2.	A09.05.000.000.269	Глюкозо-толерантный тест на автоматическом биохимическом анализаторе	50,0
7.3.	A09.05.000.000.270	Исследование гематологических показателей крови на 3-диф анализаторе (гемограмма)	50,0
7.4.	A09.05.000.000.271	Исследование гематологических показателей крови на 5-диф анализаторе (гемограмма)	50,0
7.5.	A09.05.000.000.308	Исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови (хемилюминесценция)	100,0
7.6.	A09.05.000.000.326	Определение эозинофильного катионного протеина (хемилюминесценция)	250,0
7.7.	A09.05.000.000.333	Исследование уровня витамина В12 (хемилюминесценция)	250,0
7.8.	A09.05.004	Исследование уровня альфа-липопротеинов (высокой плотности) в крови	50,0
7.9.	A09.05.004.000.276	Исследование уровня альфа-липопротеинов (высокой плотности) в крови на автоматическом биохимическом анализаторе	50,0
7.10.	A09.05.007	Исследование уровня железа сыворотки крови	50,0
7.11.	A09.05.007.000.311	Исследование уровня железа сыворотки крови на автоматическом биохимическом анализаторе	50,0
7.12.	A09.05.008	Исследование уровня трансферрина сыворотки крови	250,0
7.13.	A09.05.008.000.309	Исследование уровня трансферрина сыворотки крови на автоматическом биохимическом анализаторе	100,0
7.14.	A09.05.009	Определение концентрации С-реактивного белка в сыворотке крови	50,0
7.15.	A09.05.009.000.307	Исследование уровня С-реактивного белка в крови на автоматическом биохимическом анализаторе	100,0
7.16.	A09.05.010	Исследование уровня общего белка в крови	50,0
7.17.	A09.05.010.000.297	Исследование уровня общего белка в крови на автоматическом биохимическом анализаторе	50,0
7.18.	A09.05.011	Исследование уровня альбумина в крови	50,0
7.19.	A09.05.011.000.274	Исследование уровня альбумина в крови на автоматическом биохимическом анализаторе	50,0
7.20.	A09.05.014	Исследование уровня глобулиновых фракций в крови	250,0
7.21.	A09.05.017	Исследование уровня мочевины в крови	50,0
7.22.	A09.05.017.000.322	Исследование урона мочевины в крови на автоматическом биохимическом анализаторе	50,0
7.23.	A09.05.018	Исследование уровня мочевой кислоты в крови	50,0
7.24.	A09.05.018.000.295	Исследование уровня мочевой кислоты на автоматическом биохимическом анализаторе	50,0
7.25.	A09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	50,0
7.26.	A09.05.020.000.290	Исследование уровня креатинина в крови на автоматическом биохимическом анализаторе	50,0
7.27.	A09.05.021	Исследование уровня общего билирубина в крови	50,0
7.28.	A09.05.021.000.298	Исследование уровня общего билирубина в крови на автоматическом биохимическом анализаторе	50,0
7.29.	A09.05.021.000.304	Исследование уровня прямого билирубина в крови на автоматическом биохимическом анализаторе	50,0
7.30.	A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	50,0
7.31.	A09.05.023.002	Исследование уровня глюкозы в крови с помощью анализатора	50,0

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, руб.
7.32.	A09.05.024	Исследование уровня общих липидов в крови	250,0
7.33.	A09.05.025	Исследование уровня триглицеридов в крови.	50,0
7.34.	A09.05.025.000.310	Исследование уровня триглицеридов в крови на автоматическом биохимическом анализаторе	50,0
7.35.	A09.05.026	Исследование уровня холестерина в крови	50,0
7.36.	A09.05.026.000.317	Исследование уровня холестерина в крови на автоматическом биохимическом анализаторе	50,0
7.37.	A09.05.028	Исследование уровня липопротеинов низкой плотности	50,0
7.38.	A09.05.028.000.277	Исследование уровня альфа-липопротеинов (низкой плотности) в крови на автоматическом биохимическом анализаторе	50,0
7.39.	A09.05.030	Исследование уровня натрия в крови	50,0
7.40.	A09.05.030.000.296	Исследование уровня натрия в крови на автоматическом биохимическом анализаторе с ионно-селективным блоком	250,0
7.41.	A09.05.031	Исследование уровня калия в крови	100,0
7.42.	A09.05.031.000.287	Исследование уровня калия в крови на автоматическом биохимическом анализаторе с ионно-селективным блоком	50,0
7.43.	A09.05.032	Исследование уровня общего кальция в крови	50,0
7.44.	A09.05.032.000.288	Исследование уровня кальция в крови на автоматическом биохимическом анализаторе	50,0
7.45.	A09.05.033	Исследование уровня неорганического фосфора в крови	100,0
7.46.	A09.05.033.000.315	Исследование уровня фосфора в крови на автоматическом биохимическом анализаторе	50,0
7.47.	A09.05.034	Исследование уровня хлоридов в крови	50,0
7.48.	A09.05.034.000.316	Исследование уровня хлоридов в крови на автоматическом биохимическом анализаторе с ионно-селективным блоком	100,0
7.49.	A09.05.039.000.291	Исследование уровня лактатдегидрогеназы в крови на автоматическом биохимическом анализаторе	50,0
7.50.	A09.05.041	Исследование уровня аспартат-трансаминазы в крови	50,0
7.51.	A09.05.041.000.279	Исследование уровня аспартат-трансаминазы в крови на автоматическом биохимическом анализаторе	50,0
7.52.	A09.05.042	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	50,0
7.53.	A09.05.042.000.273	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови на автоматическом биохимическом анализаторе	50,0
7.54.	A09.05.043.000.325	Исследование уровня креатинкиназы в крови на автоматическом биохимическом анализаторе	50,0
7.55.	A09.05.044.000.282	Исследование уровня гамма-глутамилтрансферазы в крови на автоматическом биохимическом анализаторе	50,0
7.56.	A09.05.045	Исследование уровня амилазы в крови	50,0
7.57.	A09.05.045.000.275	Исследование уровня альфа-амилазы в крови на автоматическом биохимическом анализаторе	50,0
7.58.	A09.05.046	Исследование уровня щелочной фосфатазы в крови	100,0
7.59.	A09.05.046.000.320	Исследование уровня щелочной фосфатазы в крови на автоматическом биохимическом анализаторе	50,0
7.60.	A09.05.047.000.082	Исследование уровня антитромбина III в крови на автоматическом коагулометре	250,0
7.61.	A09.05.050	Исследование уровня фибриногена в крови	50,0
7.62.	A09.05.050.000.313	Исследование уровня фибриногена в крови на автоматическом коагулометре	100,0
7.63.	A09.05.054	Исследование уровня сывороточных иммуноглобулинов в крови	250,0
7.64.	A09.05.054.000.084	Исследование уровня общего IgE в крови (хемилюминесценция)	250,0
7.65.	A09.05.054.000.339	Исследование сывороточных иммуноглобулинов в крови	250,0

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, руб.
		методом иммунотурбидиметрии	
7.66.	A09.05.054.001	Исследование уровня сывороточного иммуноглобулина E в крови	250,0
7.67.	A09.05.054.001.349	Исследование на аллергенспецифический IgE (пищевая панель №1) хемилюминесценция	1 000,0
7.68.	A09.05.054.001.350	Исследование на аллергенспецифический IgE (пищевая панель №2) хемилюминесценция	1 000,0
7.69.	A09.05.054.001.351	Исследование на аллергенспецифический IgE (пищевая панель №3) хемилюминесценция	1 000,0
7.70.	A09.05.054.001.352	Исследование на аллергенспецифический IgE (пищевая панель №4) хемилюминесценция	1 000,0
7.71.	A09.05.054.001.353	Исследование на аллергенспецифический IgE (пищевая панель №5) хемилюминесценция	1 000,0
7.72.	A09.05.054.001.354	Исследование на аллергенспецифический IgE (пищевая панель №6) хемилюминесценция	1 000,0
7.73.	A09.05.054.001.355	Исследование на аллергенспецифический IgE (пищевая панель №7) хемилюминесценция	1 000,0
7.74.	A09.05.054.001.356	Исследование на аллергенспецифический IgE (пищевая панель №8) хемилюминесценция	1 000,0
7.75.	A09.05.054.001.357	Исследование на аллергенспецифический IgE (панель эпидермальная животного происхождения) хемилюминесценция	1 000,0
7.76.	A09.05.054.001.358	Исследование на аллергенспецифический IgE (панель бытовая 1 / перьевая) хемилюминесценция	1 000,0
7.77.	A09.05.054.001.359	Исследование на аллергенспецифический IgE (панель бытовая 2 / птицы) хемилюминесценция	1 000,0
7.78.	A09.05.054.001.360	Исследование на аллергенспецифический IgE (панель бытовая 3 / грибы и плесень) хемилюминесценция	1 000,0
7.79.	A09.05.054.001.361	Исследование на аллергенспецифический IgE (панель бытовая 4 / домашняя пыль, клещи) хемилюминесценция	1 000,0
7.80.	A09.05.054.001.362	Исследование на аллергенспецифический IgE (панель пыльцевая) хемилюминесценция	1 000,0
7.81.	A09.05.054.001.365	Исследование уровня IgE общего в сыворотке крови (ИФА)	100,0
7.82.	A09.05.054.001.366	Исследование на аллергенспецифический IgE (молочные, мясные продукты) (ИФА)	800,0
7.83.	A09.05.054.001.367	Исследование на аллергенспецифический IgE (крупы, орехи, напитки) (ИФА)	800,0
7.84.	A09.05.054.001.368	Исследование на аллергенспецифический IgE (овощи) (ИФА)	800,0
7.85.	A09.05.054.001.369	Исследование на аллергенспецифический IgE (фрукты) (ИФА)	800,0
7.86.	A09.05.054.001.370	Исследование на аллергенспецифический IgE (рыбы, приправы) (ИФА)	800,0
7.87.	A09.05.054.001.371	Исследование на аллергенспецифический IgE (скрининговая - пыль, клещи, шерсть) (ИФА)	800,0
7.88.	A09.05.054.001.372	Исследование на аллергенспецифический IgE (пыльцевые - травы, деревья, цветы) (ИФА)	800,0
7.89.	A09.05.054.001.373	Исследование на аллергенспецифический IgE (бактериально-грибковая) (ИФА)	800,0
7.90.	A09.05.054.001.374	Исследование на аллергенспецифический IgE (лекарственная) (ИФА)	800,0
7.91.	A09.05.056	Исследование уровня инсулина плазмы крови	50,0
7.92.	A09.05.056.000.286	Исследование уровня инсулина в крови (хемилюминесценция)	150,0

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, руб.
7.93.	A09.05.058	Исследование уровня паратиреоидного гормона в крови	1 000,0
7.94.	A09.05.060	Исследование уровня общего трийодтиронина (Т3) в крови	150,0
7.95.	A09.05.060.000.323	Исследование уровня общего трийодтиронина (Т3) в крови (хемиллюминесценция)	100,0
7.96.	A09.05.061	Исследование свободного трийодтиронина (Т3) в крови	150,0
7.97.	A09.05.061.000.324	Исследование уровня свободного трийодтиронина (Т3) в крови (хемиллюминесценция)	100,0
7.98.	A09.05.062	Исследование уровня свободного трийодтиронина (Т3) в сыворотке крови	250,0
7.99.	A09.05.063	Исследование уровня свободного тироксина (Т4) сыворотки крови	150,0
7.100.	A09.05.063.000.306	Исследование уровня свободного тироксина (Т4) в крови (хемиллюминесценция)	100,0
7.101.	A09.05.064	Исследование уровня общего тироксина (Т4) сыворотки крови	150,0
7.102.	A09.05.064.000.300	Исследование уровня общего тироксина (Т4) в крови (хемиллюминесценция)	100,0
7.103.	A09.05.066	Исследование уровня соматотропного гормона в крови	1 000,0
7.104.	A09.05.067	Исследование уровня адренокортикотропного гормона в крови	1 000,0
7.105.	A09.05.071	Исследование уровня гормонов мозгового слоя надпочечников в крови	150,0
7.106.	A09.05.074	Исследование уровня циркулирующих иммунных комплексов в крови	50,0
7.107.	A09.05.075.000.340	Исследование уровня С3-компонента комплемента в крови методом иммунотурбодиметрии	500,0
7.108.	A09.05.075.000.341	Исследование уровня С4-компонента комплемента в крови методом иммунотурбодиметрии	500,0
7.109.	A09.05.076	Исследование уровня ферритина в крови	250,0
7.110.	A09.05.076.000.312	Исследование уровня ферритина в крови на автоматическом биохимическом анализаторе	100,0
7.111.	A09.05.078	Исследование уровня общего тестостерона в крови	150,0
7.112.	A09.05.078.000.299	Исследование уровня общего тестостерона в крови (хемиллюминесценция)	100,0
7.113.	A09.05.080	Исследование уровня фолиевой кислоты в сыворотке крови	250,0
7.114.	A09.05.083.000.283	Исследование уровня гликированного гемоглобина в крови на автоматическом биохимическом анализаторе	250,0
7.115.	A09.05.087	Исследование уровня пролактина в крови	150,0
7.116.	A09.05.087.000.302	Исследование уровня пролактина в крови (хемиллюминесценция)	100,0
7.117.	A09.05.089	Исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови	250,0
7.118.	A09.05.089.000.278	Исследование уровня альфа-фетопротеина (АФП) в крови (хемиллюминесценция)	250,0
7.119.	A09.05.090	Исследование уровня хорионического гонадотропина в крови	150,0
7.120.	A09.05.090.000.281	Исследование уровня хорионического гонадотропина человека (бета-ХГЧ) в крови методом флуоресценции с разрешением по времени	250,0
7.121.	A09.05.090.000.319	Исследование уровня хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) в крови (хемиллюминесценция)	100,0
7.122.	A09.05.101	Исследование уровня криоглобулинов в сыворотке крови	150,0
7.123.	A09.05.105	Исследование серомукоида в сыворотке крови	50,0
7.124.	A09.05.117	Исследование уровня тиреоглобулина в крови	250,0
7.125.	A09.05.118	Исследование уровня антител к антигенам растительного, животного и химического происхождения в крови	1 000,0

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, руб.
7.126.	A09.05.127.000.294	Исследование уровня магния в крови на автоматическом биохимическом анализаторе	50,0
7.127.	A09.05.130	Исследование уровня простатспецифического антигена в крови	150,0
7.128.	A09.05.130.000.085	Исследование уровня общего простатспецифического антигена в крови (хемиллюминесценция)	250,0
7.129.	A09.05.130.000.087	Исследование уровня свободного простатспецифического антигена в крови (хемиллюминесценция)	250,0
7.130.	A09.05.131	Исследование уровня лютеинизирующего гормона в сыворотке крови	150,0
7.131.	A09.05.131.000.293	Исследование уровня лютеинизирующего гормона (ЛГ) в крови (хемиллюминесценция)	100,0
7.132.	A09.05.132	Исследование уровня фолликулостимулирующего гормона в сыворотке крови	150,0
7.133.	A09.05.132.000.314	Исследование уровня фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) в крови (хемиллюминесценция)	100,0
7.134.	A09.05.135	Исследование уровня общего кортизола в крови	150,0
7.135.	A09.05.135.000.289	Исследование уровня кортизола в крови (хемиллюминесценция)	100,0
7.136.	A09.05.139	Исследование уровня 17-гидроксипрогестерона в крови	150,0
7.137.	A09.05.149	Исследование уровня дегидроэпиандростерона сульфата в крови	150,0
7.138.	A09.05.149.000.285	Исследование уровня дегидроэпиандростерона сульфат (ДГЭА-s) в крови (хемиллюминесценция)	100,0
7.139.	A09.05.153	Исследование уровня прогестерона в крови	150,0
7.140.	A09.05.153.000.301	Исследование уровня прогестерона в крови (хемиллюминесценция)	100,0
7.141.	A09.05.154	Исследование уровня общего эстрадиола в крови	150,0
7.142.	A09.05.154.000.321	Исследование уровня эстрадиола в крови (хемиллюминесценция)	100,0
7.143.	A09.05.160	Исследование уровня глобулина, связывающего половые гормоны, в крови	150,0
7.144.	A09.05.161.000.280	Исследование уровня белка, связанного с беременностью (РАРР-А) в крови методом флуоресценции с разрешением по времени	250,0
7.145.	A09.05.173.000.292	Исследование уровня липазы в крови на автоматическом биохимическом анализаторе	250,0
7.146.	A09.05.174.000.318	Исследование уровня холинэстеразы в крови на автоматическом биохимическом анализаторе	50,0
7.147.	A09.05.195	Исследование уровня ракового эмбрионального антигена в крови	100,0
7.148.	A09.05.195.000.041	Исследование на выявление ракового эмбрионального антигена (РЭА)	150,0
7.149.	A09.05.196	Исследование уровня антигена плоскоклеточных раков в крови	500,0
7.150.	A09.05.199.000.343	Исследование уровня b2-микроглобулина в сыворотке крови (ИФА)	250,0
7.151.	A09.05.199.000.344	Исследование уровня СА-15-3 в сыворотке крови (ИФА)	150,0
7.152.	A09.05.199.000.346	Исследование уровня нейронспецифической сенолазы в сыворотке крови (ИФА)	250,0
7.153.	A09.05.200	Исследование уровня антигена аденогенных раков Са 72-4 в крови	250,0
7.154.	A09.05.201	Исследование уровня антигена аденогенных раков Са 19-9 в крови	250,0
7.155.	A09.05.201.000.081	Исследование уровня антигена аденогенных раков Са 19-9 в крови (хемиллюминесценция)	250,0

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, руб.
7.156.	A09.05.202	Исследование уровня антигена аденогенных раков Ca 125 в крови	250,0
7.157.	A09.05.202.000.079	Исследование уровня антигена аденогенных раков Ca 125 в крови (хемиллюминесценция)	150,0
7.158.	A09.05.205	Исследование уровня С-пептида в крови	150,0
7.159.	A09.05.205.000.303	Исследование уровня С-пептида в крови (хемиллюминесценция)	150,0
7.160.	A09.05.213	Исследование уровня тиреотропного гормона в крови	150,0
7.161.	A09.05.213.000.348	Исследование уровня тиреотропного гормона в крови экспресс-методом (ИХА)	250,0
7.162.	A09.07.003	Микроскопическое исследование отделяемого из ротоглотки	150,0
7.163.	A09.19.000.000.015	Иммунохимическое исследование кала на скрытую кровь и трансферрин	900,0
7.164.	A09.19.001	Исследование кала на скрытую кровь	50,0
7.165.	A09.20.001	Микроскопическое исследование влагалищных мазков	100,0
7.166.	A09.28.003.000.074	Исследование уровня белка в моче на автоматическом биохимическом анализаторе	50,0
7.167.	A09.28.006	Исследование уровня креатинина в моче (проба Реберга)	50,0
7.168.	A09.28.011.000.075	Исследование уровня глюкозы в моче на автоматическом биохимическом анализаторе	50,0
7.169.	A09.30.003.000.014	Исследование ворсин хориона генетическое (кариотип)	2 700,0
7.170.	A09.30.010	Определение международного нормализованного отношения (МНО)	150,0
8.	A11. Специальные методы получения исследуемых образцов, доступа и введения		
8.1.	A11.12.003	Внутривенное введение лекарственных препаратов	2 100,0
8.2.	A11.16.001	Биопсия пищевода с помощью эндоскопии	800,0
8.3.	A11.16.002	Биопсия желудка с помощью эндоскопии	900,0
8.4.	A11.16.003	Биопсия двенадцатиперстной кишки с помощью эндоскопии	900,0
8.5.	A11.16.007	Дуоденальное зондирование с анализом содержимого	1 000,0
8.6.	A11.30.000.000.013	Наркоз внутривенный	1 600,0
8.7.	A11.30.000.000.039	Управляемая медикаментозная седация у детей	3 000,0
8.8.	A11.30.002	Биопсия хориона, плаценты	2318,0
8.9.	A11.30.003	Амниоцентез	1203,0
8.10.	A11.30.016	Кордоцентез	1284,0
9.	A12. Исследование функции органов или тканей с использованием специальных процедур, приспособлений и методик, не обозначенных в других рубриках		
9.1.	A12.05.000.000.081	Исследование уровня D-димера в крови на автоматическом коагулометре	700,0
9.2.	A12.05.000.000.083	Исследование хромосомного аппарата лимфоцитов (кариотип)	3 000,0
9.3.	A12.05.000.000.087	Определение антигенов эритроцитов (фенотипирование), гелевая технология	250,0
9.4.	A12.05.000.000.091	Определение растворимых фибрин-мономерных комплексов (продуктов паракоагуляции) в крови пробирочным методом	50,0
9.5.	A12.05.001.000.080	Исследование скорости оседания эритроцитов на автоматическом анализаторе	50,0
9.6.	A12.05.001.000.094	Исследование скорости оседания эритроцитов с использованием вакуумной системы	50,0
9.7.	A12.05.005	Определение основных групп крови (А, В, 0)	50,0
9.8.	A12.05.005.000.089	Определение основных групп крови (А,В,0) перекрестным методом с поликлонами	50,0
9.9.	A12.05.006	Определение резус-принадлежности	50,0
9.10.	A12.05.007	Определение подгруппы и других групп крови меньшего	50,0

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, руб.
		значения А-1, А-2, D, Сс, Е, Кell, Duffy	
9.11.	A12.05.007.000.059	Определение подгруппы и других групп крови меньшего значения А-1, А-2, D, Сс, Е, Кell, Duffy (А1поликлон-лектин)	50,0
9.12.	A12.05.008.000.084	Непрямой антиглобулиновый тест (тест Кумбса), гелевая технология (скрининг)	100,0
9.13.	A12.05.008.000.085	Непрямой антиглобулиновый тест (тест Кумбса), гелевая технология (титр антител)	250,0
9.14.	A12.05.009.000.086	Прямой антиглобулиновый тест (прямая проба Кумбса), гелевая технология	50,0
9.15.	A12.05.010.000.096	Исследование HLA-B27 на лимфоцитах крови методом проточной цитометрии	250,0
9.16.	A12.05.011	Исследование железосвязывающей способности сыворотки	50,0
9.17.	A12.05.011.000.272	Исследование железосвязывающей способности сыворотки на автоматическом биохимическом анализаторе	50,0
9.18.	A12.05.017.000.079	Исследование агрегации тромбоцитов на анализаторе агрегации	50,0
9.19.	A12.05.027	Определение протромбинового (тромбопластинного) времени в крови или в плазме	100,0
9.20.	A12.05.027.000.078	Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) в плазме на автоматическом коагулометре	50,0
9.21.	A12.05.027.000.090	Определение протромбинового времени в плазме на автоматическом коагулометре	50,0
9.22.	A12.05.028	Определение тромбинового времени в крови	50,0
9.23.	A12.05.028.000.092	Определение тромбинового времени в плазме на автоматическом коагулометре	50,0
9.24.	A12.05.029	Тест деагрегации базофилов	800,0
9.25.	A12.06.000.000.043	Исследование Т-клеточного звена иммунитета (Е-РОК)	800,0
9.26.	A12.06.000.000.055	Определение онкомаркеров методом ИФА	250,0
9.27.	A12.06.000.000.078	Исследование уровня антител к циклическому цитрулиновому гормону	600,0
9.28.	A12.06.001.000.051	Исследование популяции лимфоцитов CD 56	250,0
9.29.	A12.06.001.001	Исследование CD3+ лимфоцитов	250,0
9.30.	A12.06.001.002	Исследование CD4+ лимфоцитов	250,0
9.31.	A12.06.001.003	Исследование CD8+ лимфоцитов	250,0
9.32.	A12.06.001.004	Исследование CD16+/ CD56+лимфоцитов	250,0
9.33.	A12.06.001.005	Исследование CD19+лимфоцитов	250,0
9.34.	A12.06.003.000.001	Исследование уровня Волчаночных антикоагулянтов в крови (скрининговый тест) на автоматическом коагулометре	700,0
9.35.	A12.06.003.000.002	Исследование уровня Волчаночных антикоагулянтов в крови (подтверждающий тест) на автоматическом коагулометре	700,0
9.36.	A12.06.005.000.039	Исследование макрофагальной активности (фагоцитоз)	50,0
9.37.	A12.06.005.000.040	Исследование макрофагальной активности (хемиллюминесценция)	250,0
9.38.	A12.06.010	Исследование антител к антигенам ядра клетки и ДНК	250,0
9.39.	A12.06.010.000.089	Исследование антител ДНК денатурированной	150,0
9.40.	A12.06.010.000.090	Исследование антител к экстрагируемым ядерным антигенам (ЕНА-скрининг)	250,0
9.41.	A12.06.010.000.091	Исследование антител к экстрагируемым ядерным антигенам (ЕНА-профиль)	800,0
9.42.	A12.06.010.000.096	Исследование антител к ДНК нативной в сыворотке крови	100,0
9.43.	A12.06.010.000.097	Определение антител IgA к Saccharomyces cerevisiae – одноклеточные грибы ("печкарские дрожжи")	100,0

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, руб.
9.44.	A12.06.010.000.098	Определение антител IgG к Saccharomyces cerevisiae – одноклеточные грибы ("пекарские дрожжи")	100,0
9.45.	A12.06.015.000.088	Определение антистрептолизина-О на автоматическом биохимическом анализаторе	150,0
9.46.	A12.06.016	Проведение серологической реакции на различные инфекции, вирусы	250,0
9.47.	A12.06.017	Исследование антител к тироглобулину в сыворотке крови	250,0
9.48.	A12.06.017.000.083	Исследование уровня антител к тироглобулину (антитела к ТГ) в крови (хемилюминесценция)	150,0
9.49.	A12.06.019	Исследование ревматоидных факторов в крови	100,0
9.50.	A12.06.019.000.305	Исследование уровня ревматоидных факторов в крови на автоматическом биохимическом анализаторе	100,0
9.51.	A12.06.027.000.093	Установление специфичности антител к антигенам эритроцитов в сенсибилизированной сыворотке (идентификация), гелевая технология	400,0
9.52.	A12.06.029	Исследование антител к кардиолипину в крови	250,0
9.53.	A12.06.030	Исследование антител к фосфолипидам в крови	250,0
9.54.	A12.06.035	Исследование антител к антигенам митохондрий в крови	400,0
9.55.	A12.06.036	Исследование антител к антигенам микросом в крови	400,0
9.56.	A12.06.037	Исследование антител к цитоплазме нейтрофилов в крови	400,0
9.57.	A12.06.039	Исследование антител к инсулину в крови	250,0
9.58.	A12.06.043.000.088	Определение антител по системе (А,В,0) у матери и у плода	100,0
9.59.	A12.06.045	Исследование антител к тиреопероксидазе в крови	250,0
9.60.	A12.06.045.000.082	Исследование уровня антител к тиреопероксидазе (антитела к ТПО) в крови (ИФА)	150,0
9.61.	A12.06.046	Исследование антител к рецептору тиреотропного гормона (ТТГ) в крови	1 000,0
9.62.	A12.09.001	Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков	250,0
9.63.	A12.09.002	Исследование дыхательных объемов при медикаментозной провокации	800,0
9.64.	A12.09.002.002	Исследование дыхательных объемов при провокации физической нагрузкой	800,0
9.65.	A12.10.000.000.009	Тредмил-тест	1 000,0
9.66.	A12.10.005	Велоэргометрия	1 000,0
9.67.	A12.12.004	Суточное мониторирование артериального давления	800,0
9.68.	A12.19.001	Серологическое исследование кала	400,0
10.	A17. Электромагнитное лечебное воздействие на органы и ткани		
10.1.	A17.01.002.03	Лазеропунктура	250,0
11.	A18. Экстракорпоральное воздействие на кровь и трансфузиологические пособия		
11.1.	A18.05.001.000.015	Дискретный плазмаферез	2 300,0
11.2.	A18.05.002	Гемодиализ для ² :	
		КГБУЗ «Ачинская межрайонная больница»	6 175,2
		КГБУЗ «Канская межрайонная больница»	6 163,3
		КГБУЗ «Лесосибирская межрайонная больница»	6 484,5
		КГБУЗ «Минусинская межрайонная больница»	6 163,3
		КГБУЗ «Норильская межрайонная больница № 1»	8 281,1
		КГБУЗ «Таймырская межрайонная больница»	11 374,7
		КГБУЗ «Красная клиническая больница»	6 199,0
		ФГБУЗ «Клиническая больница № 51» ФМБА России	6 199,0
	ФГБУ «Федеральный Сибирский научно-клинический центр	6 163,3	

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, руб.
		Федерального медико-биологического агентства» Клиническая больница № 42 (филиал) ООО «Гемодиализный центр Красноярск»	6 199,0
12.	A23. Диагностика и лечение, не обозначенные в других рубриках		
12.1.	A23.10.000.000.001	Чреспищеводная электростимуляция сердца	800,0
12.2.	A23.20.000.000.002	Исследование антигена хламидий у женщин (реакция иммунофлюоресценции)	250,0
12.3.	A23.20.000.000.003	Исследование антигена микоплазм у женщин (реакция иммунофлюоресценции)	250,0
12.4.	A23.20.000.000.004	Исследование антигена уреоплазм у женщин (реакция иммунофлюоресценции)	250,0
12.5.	A23.20.000.000.008	Исследование антигена вируса герпеса у женщин (реакция иммунофлюоресценции)	250,0
12.6.	A23.21.000.000.001	Исследование антигена хламидий у мужчин (реакция иммунофлюоресценции)	150,0
13.	A26. Микробиологические исследования основных возбудителей инфекционных заболеваний		
13.1.	A26.01.001	Бактериологическое исследование гнойного отделяемого на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	1 000,0
13.2.	A26.01.001.001	Бактериологическое исследование гнойного отделяемого из пупочной ранки	250,0
13.3.	A26.01.005	Бактериологическое исследование гнойного отделяемого	800,0
13.4.	A26.01.015	Микроскопическое исследование соскоба с кожи на грибы	100,0
13.5.	A26.01.023	Микологическое исследование соскобов с кожи и ногтей пластинок на грибы дерматофиты (Dermatophyton)	100,0
13.6.	A26.02.001	Бактериологическое исследование раневого отделяемого на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	800,0
13.7.	A26.02.004	Микологическое исследование раневого отделяемого на грибы рода кандиды (Candida spp.)	100,0
13.8.	A26.05.000.000.100	Молекулярно-биологическое исследование (ПЦР) на Candida spp.	250,0
13.9.	A26.05.000.000.103	Молекулярно-биологическое исследование (ПЦР) на Gardnerella vaginalis	250,0
13.10.	A26.05.000.000.106	Молекулярно-биологическое исследование (ПЦР) на Herpes-virus	250,0
13.11.	A26.05.000.000.107	Молекулярно-биологическое исследование (ПЦР) на Mycobacterium tuberculosis	250,0
13.12.	A26.05.000.000.108	Молекулярно-биологическое исследование (ПЦР) на Mycoplasma hominis	250,0
13.13.	A26.05.000.000.109	Молекулярно-биологическое исследование (ПЦР) на Neisseria gonorrhoeae	250,0
13.14.	A26.05.000.000.112	Молекулярно-биологическое исследование (ПЦР) на Trichomonas vaginalis	250,0
13.15.	A26.05.000.000.130	Молекулярно-биологическое исследование (ПЦР) на Hepatitis B virus (количественный анализ)	1 200,0
13.16.	A26.05.000.000.131	Молекулярно-биологическое исследование (ПЦР) на Hepatitis C virus (количественный анализ)	1 200,0
13.17.	A26.05.000.000.132	Молекулярно-биологическое исследование (ПЦР) на Rubeola virus	250,0
13.18.	A26.05.000.000.133	Молекулярно-биологическое исследование (ПЦР) на Treponema pallidum	100,0
13.19.	A26.05.000.000.134	Молекулярно-биологическое исследование (ПЦР) на Giardia	250,0

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, руб.
		Iamblia	
13.20.	A26.05.000.000.135	Молекулярно-биологическое исследование (ПЦР) на <i>Mycoplasma genitalium</i>	250,0
13.21.	A26.05.000.000.150	Молекулярно-биологическое исследование (ПЦР) на <i>Streptococcus pyogenes</i> (пиогенный стрептококк)	250,0
13.22.	A26.05.001	Бактериологическое исследование крови на стерильность	150,0
13.23.	A26.05.002	Бактериологическое исследование крови на тифо-паратифозную группу микроорганизмов	250,0
13.24.	A26.05.005	Микробиологическое исследование крови на грибы	100,0
13.25.	A26.05.006	Микробиологическое исследование крови на грибы рода кандиды (<i>Candida spp.</i>)	150,0
13.26.	A26.05.011	Молекулярно-биологическое исследование крови на вирус Эпштейна-Барра (<i>Epstein – Barr virus</i>)	250,0
13.27.	A26.05.012	Молекулярно-биологическое исследование крови на хламидии (<i>Chlamydia spp.</i>)	250,0
13.28.	A26.05.013	Молекулярно-биологическое исследование крови на токсоплазмы (<i>Toxoplasma gondii</i>)	250,0
13.29.	A26.05.017	Молекулярно-биологическое исследование крови на цитомегаловирус (<i>Cytomegalovirus</i>)	250,0
13.30.	A26.05.018	Молекулярно-биологическое исследование крови на уреоплазму (<i>Ureaplasma urealiticum</i>)	250,0
13.31.	A26.05.019	Молекулярно-биологическое исследование крови на вирусный гепатит С (<i>Hepatitis C virus</i>)	400,0
13.32.	A26.05.019.000.363	Молекулярно-биологическое исследование крови на выявление генотипов вируса гепатита С.	400,0
13.33.	A26.05.020	Молекулярно-биологическое исследование крови на вирусный гепатит В (<i>Hepatitis B virus</i>)	250,0
13.34.	A26.05.023	Молекулярно-биологическое исследование крови на вирусный гепатит D (<i>Hepatitis D virus</i>)	400,0
13.35.	A26.06.000.000.092	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к <i>Trichomonas vaginalis</i>	100,0
13.36.	A26.06.000.000.120	Определение антител к <i>Mycobacterium tuberculosis</i>	100,0
13.37.	A26.06.000.000.127	Определение антител к <i>Bordetella pertussis</i>	250,0
13.38.	A26.06.000.000.128	Определение антител к <i>Corynebacterium diphtheriae</i>	250,0
13.39.	A26.06.000.000.129	Определение антител к <i>Clostridium tetani</i>	250,0
13.40.	A26.06.000.000.137	Определение суммарных антител к аскаридам	100,0
13.41.	A26.06.000.000.144	Определение антител к гельминтозам (описторхоз, трихинеллез, токсокароз, эхинококкоз)	250,0
13.42.	A26.06.000.000.186	Определение антител класса IgG <i>Ascariasis</i> (ИФА)	100,0
13.43.	A26.06.011	Определение антител к боррелии Бургдорфера (<i>Borrelia burgdorferi</i>) в крови	100,0
13.44.	A26.06.011.000.187	Определение антител класса IgG к возбудителям клещевого боррелиоза (ИФА)	100,0
13.45.	A26.06.011.000.188	Определение антител класса IgM к возбудителям клещевого боррелиоза (ИФА)	100,0
13.46.	A26.06.012	Определение антител к бруцеллам (<i>Brucella spp.</i>) в крови	250,0
13.47.	A26.06.012.000.118	Определение антител к <i>Brucella spp.</i> в реакциях Райта и Хедельсона (при совместной постановке)	100,0
13.48.	A26.06.014	Определение антител к грибам рода кандиды (<i>Candida spp.</i>) в крови	100,0
13.49.	A26.06.015.000.158	Определение антител класса IgG к <i>Chlamidia spp.</i> в крови	50,0

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, руб.
		(ИФА)	
13.50.	A26.06.015.000.163	Определение антител класса IgA к <i>Chlamidia trachomatis</i> в крови (ИФА)	50,0
13.51.	A26.06.015.000.217	Определение антител класса Ig M к <i>Chlamidia trachomatis</i> в крови (ИФА)	100,0
13.52.	A26.06.015.000.218	Определение антител класса Ig G к <i>Chlamidia trachomatis</i> в крови (ИФА)	100,0
13.53.	A26.06.016	Определение антител классов А, М, G (IgA, IgM, IgG) к хламидии пневмонии (<i>Chlamidia pneumoniae</i>) в крови	250,0
13.54.	A26.06.016.000.219	Определение антител классов М (IgM) к хламидии пневмонии (<i>Chlamidia pneumoniae</i>) в крови (ИФА)	100,0
13.55.	A26.06.016.000.220	Определение антител классов G (IgG) к хламидии пневмонии (<i>Chlamidia pneumoniae</i>) в крови (ИФА)	100,0
13.56.	A26.06.018	Определение антител классов А,М, G (IgA, IgM, IgG) к хламидии трахоматис (<i>Chlamydia trachomatis</i>) в крови	250,0
13.57.	A26.06.022	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу (<i>Cytomegalovirus</i>) в крови	100,0
13.58.	A26.06.022.000.162	Определение антител класса IgG к <i>Cytomegalovirus</i> (хемилюминесценция)	100,0
13.59.	A26.06.022.000.168	Определение антител класса IgM к <i>Cytomegalovirus</i> (хемилюминесценция)	250,0
13.60.	A26.06.022.000.183	Определение антител класса IgG к <i>Cytomegalovirus</i> avidность (ИФА)	100,0
13.61.	A26.06.022.000.201	Определение антител классов М (IgM) к цитомегаловирусу (<i>Cytomegalovirus</i>) в крови(ИФА)	100,0
13.62.	A26.06.022.000.202	Определение антител классов G (IgG) к цитомегаловирусу (<i>Cytomegalovirus</i>) в крови (ИФА)	100,0
13.63.	A26.06.024	Определение антител класса G (IgG) к эхинококку однокамерному в крови	100,0
13.64.	A26.06.028	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу Эпштейна-Барра (<i>Epstein – Barr virus</i>) в крови	700,0
13.65.	A26.06.029	Определение антител к капсидному антигену вируса Эпштейна-Барра VCA (IgM) (диагностика острой инфекции) в крови	250,0
13.66.	A26.06.030	Определение антител к ранним белкам вируса Эпштейна-Барра EA (IgG) (диагностика острой инфекции) в крови	250,0
13.67.	A26.06.030.000.176	Определение антител класса IgG к вирусу Эпштейна -Барр (хемилюминесценция)	100,0
13.68.	A26.06.030.000.177	Определение антител класса IgM к вирусу Эпштейна -Барр (хемилюминесценция)	100,0
13.69.	A26.06.030.000.178	Определение антител класса IgG к вирусу Эпштейна -Барр avidность (ИФА)	100,0
13.70.	A26.06.031	Определение антител к ядерному антигену вируса Эпштейна-Барра NA (IgG) (диагностика паст-инфекции) в крови	250,0
13.71.	A26.06.032	Определение антител классов А, М, G (IgM, IgA, IgG) к лямблиям в крови	50,0
13.72.	A26.06.032.000.169	Определение антител класса IgM к <i>Giardia lamblia</i> в крови (ИФА)	50,0
13.73.	A26.06.032.000.170	Определение суммарных антител к <i>Giardia lamblia</i> в крови (ИФА)	150,0
13.74.	A26.06.033	Определение антител к геликобактеру пилори (<i>Helicobacter pylori</i>) в крови	150,0

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, руб.
13.75.	A26.06.033.000.151	Исследование уровня IgG антител к Helicobacter pylori в крови (хемиллюминесценция)	100,0
13.76.	A26.06.034	Определение антител классов M, G (IgG, IgM) к вирусу гепатита А (Hepatitis A virus) в крови	150,0
13.77.	A26.06.034.000.203	Определение антител классов M (IgM) к вирусу гепатита А (Hepatitis A virus) в крови (ИФА)	100,0
13.78.	A26.06.035	Определение антигена к вирусу гепатита В (HbeAg Hepatitis B virus) в крови	100,0
13.79.	A26.06.036	Определение антигена к вирусу гепатита В (HbsAg Hepatitis B virus) в крови	100,0
13.80.	A26.06.036.000.153	Определение антигена HBsAg Hepatitis B virus в крови (хемиллюминесценция)	100,0
13.81.	A26.06.036.000.172	Определение HBsAg, подтверждающий тест (ИФА)	100,0
13.82.	A26.06.036.000.192	Определение антигена вируса гепатита В (HbsAg Hepatitis B virus) в крови на автоматическом иммуноферментном анализаторе	100,0
13.83.	A26.06.036.000.207	Определение антител класса IgG HBsAg в крови (ИФА)	100,0
13.84.	A26.06.038	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к антигену вирусного гепатита В (HbeAg Hepatitis B virus) в крови	100,0
13.85.	A26.06.039	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к антигену вирусного гепатита В (HbsAg Hepatitis B virus) в крови	100,0
13.86.	A26.06.039.000.161	Определение антител класса IgG HBsAg в крови (хемиллюминесценция)	100,0
13.87.	A26.06.039.000.166	Определение антител класса IgM HBsAg в крови (хемиллюминесценция)	100,0
13.88.	A26.06.040	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к антигену вирусного гепатита В (HbsAg Hepatitis B virus) в крови	100,0
13.89.	A26.06.041	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови	100,0
13.90.	A26.06.041.000.167	Определение суммарных антител к Hepatitis C virus в крови (хемиллюминесценция)	250,0
13.91.	A26.06.041.000.175	Определение антигена количественное к Hepatitis C virus (хемиллюминесценция)	1 200,0
13.92.	A26.06.042	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к неструктурированным белкам (a-NS3, a-NS4, a-NS5) вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови	250,0
13.93.	A26.06.043	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу гепатита D (Hepatitis D virus) в крови	100,0
13.94.	A26.06.045	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу простого герпеса (Herpes simplex virus 1, 2) в крови	250,0
13.95.	A26.06.045.000.159	Определение антител класса IgG к Herpes simplex virus 1, 2 в крови (хемиллюминесценция)	100,0
13.96.	A26.06.045.000.164	Определение антител класса IgM к Herpes simplex virus 1, 2 в крови (ИФА)	100,0
13.97.	A26.06.045.000.180	Определение антител класса IgG Herpes simplex virus-1,2 авидность (ИФА)	150,0
13.98.	A26.06.045.000.211	Определение антител класса IgG к Herpes simplex virus 1, 2 в крови (ИФА)	100,0
13.99.	A26.06.045.000.212	Определение антител класса IgM к Herpes simplex virus 1, 2 в крови (ИФА)	100,0
13.100	A26.06.048	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1(Human immunodeficiency	250,0

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, руб.
		virus HIV 1) в крови	
13.101	A26.06.049.000.152	Определение антиген/антитело к Human immunodeficiency virus HIV (хемиллюминесценция)	100,0
13.102	A26.06.056	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу кори (Measles virus) в крови	250,0
13.103	A26.06.056.000.198	Определение Ig M антител к вирусу кори Measles virus в сыворотке крови	100,0
13.104	A26.06.056.000.199	Определение Ig G антител к вирусу кори Measles virus в сыворотке крови	100,0
13.105	A26.06.056.000.200	Определение антител к вирусу кори Measles virus в сыворотке крови, РПГА	250,0
13.106	A26.06.059.000.002	Определение антител класса M (IgM) к микоплазме пневмонии (Mycoplasma pneumoniae) в крови (ИФА)	100,0
13.107	A26.06.059.000.003	Определение антител класса G (IgG) к микоплазме пневмонии (Mycoplasma pneumoniae) в крови (ИФА)	100,0
13.108	A26.06.062	Определение антител к возбудителю описторхоза (Opistorchis felineus) в крови	100,0
13.109	A26.06.062.000.160	Определение антител класса IgG к Opistorchis felineus в крови (ИФА)	50,0
13.110	A26.06.062.000.165	Определение антител класса IgM к Opistorchis felineus в крови (ИФА)	50,0
13.111	A26.06.068.000.202	Определение Ig M антител к возбудителю эрлихиоза Anaplasma phagocytophilum в сыворотке крови	100,0
13.112	A26.06.068.000.203	Определение антител к возбудителю сыпного тифа, PA	50,0
13.113	A26.06.071	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу краснухи (Rubella virus) в крови	100,0
13.114	A26.06.071.000.155	Определение антител класса IgG к Rubella virus в крови (хемиллюминесценция)	100,0
13.115	A26.06.071.000.157	Определение антител класса IgM к Rubella virus в крови (хемиллюминесценция)	100,0
13.116	A26.06.071.000.179	Определение антител класса IgG Rubella virus авидность (ИФА)	100,0
13.117	A26.06.071.000.213	Определение антител класса IgG к Rubella virus в крови (ИФА)	100,0
13.118	A26.06.071.000.214	Определение антител класса IgM к Rubella virus в крови (ИФА)	100,0
13.119	A26.06.077.000.113	Определение антител к Salmonella spp. (реакция Видаля)	100,0
13.120	A26.06.079	Определение антител к трихинеллам (Trichinella spp.) в крови	100,0
13.121	A26.06.079.000.204	Определение Ig G антител к Trichinella spp. в сыворотке крови	100,0
13.122	A26.06.080.000.185	Определение антител класса IgG Toxocara canis (ИФА)	100,0
13.123	A26.06.081	Определение антител к токсоплазме (Toxoplasma gondii) в крови	100,0
13.124	A26.06.081.000.154	Определение антител класса IgG к Toxoplasma gondii в крови (хемиллюминесценция)	100,0
13.125	A26.06.081.000.155	Определение антител класса IgM к Toxoplasma gondii в крови (хемиллюминесценция)	100,0
13.126	A26.06.081.000.182	Определение антител класса IgG к Toxoplasma gondii авидность (ИФА)	100,0
13.127	A26.06.081.000.215	Определение антител класса IgG к Toxoplasma gondii в крови (ИФА)	100,0
13.128	A26.06.081.000.216	Определение антител класса IgM к Toxoplasma gondii в крови (ИФА)	100,0
13.129	A26.06.082.000.171	Определение суммарных антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови (хемиллюминесценция)	100,0
13.130	A26.06.082.000.174	Определение антител класса IgM к бледной трепонеме	50,0

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, руб.
		(<i>Treponema pallidum</i>) в крови (ИФА)	
13.131	A26.06.082.000.208	Определение антител к <i>Treponema pallidum</i> методом РМП	100,0
13.132	A26.06.082.001	Определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema Pallidum</i>) в нетрепонемных тестах (RPR, РМП) (качественное и полуколичественное исследование) в сыворотке крови	100,0
13.133	A26.06.082.002	Определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в иммуноферментном исследовании (ИФА) в сыворотке крови с кодом	100,0
13.134	A26.06.082.003	Определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в реакции пассивной гемагглютинации (РПГА) (качественное и полуколичественное исследование) в сыворотке крови	100,0
13.135	A26.06.086	Определение антител к сероварам иерсинии энтероколитика (<i>Yersinia enterocolitica</i>) в крови	100,0
13.136	A26.06.086.000.209	Определение антител к сероварам <i>Yersinia enterocolitica</i> в сыворотке крови, ОЗ (РНГА)	100,0
13.137	A26.06.086.000.210	Определение антител к сероварам <i>Yersinia enterocolitica</i> в сыворотке крови, О9 (РНГА)	100,0
13.138	A26.06.086.000.211	Определение Ig A антител к <i>Yersinia enterocolitica</i> в сыворотке крови	100,0
13.139	A26.06.086.000.212	Определение Ig G антител к <i>Yersinia enterocolitica</i> в сыворотке крови	100,0
13.140	A26.06.088	Определение антител к вирусу клещевого энцефалита в крови	100,0
13.141	A26.06.088.000.189	Определение антител класса IgG к вирусу клещевого энцефалита (ИФА)	100,0
13.142	A26.06.088.000.190	Определение антител класса IgM к вирусу клещевого энцефалита (ИФА)	100,0
13.143	A26.06.089.000.213	Определение Ig G антител к Mumps virus, вирус паротита, в крови	100,0
13.144	A26.06.089.000.214	Определение Ig M антител к Mumps virus, вирус паротита, в крови	100,0
13.145	A26.06.093	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к иерсинии энтероколитика (<i>Yersinia enterocolitica</i>) в крови	100,0
13.146	A26.06.101.000.173	Определение HCV (гепатит С), подтверждающий тест (ИФА)	100,0
13.147	A26.07.005	Бактериологическое исследование абсцессов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	400,0
13.148	A26.08.000.000.013	Бактериологическое исследование отделяемого передних околоносовых полостей на носительство <i>Staphylococcus aureus</i>	250,0
13.149	A26.08.000.000.016	Бактериологическое исследование отделяемого из зева на носительство <i>Staphylococcus aureus</i>	100,0
13.150	A26.08.000.000.017	Бактериологическое исследование отделяемого из зева на стрептококк группы А (<i>Streptococcus gr. A</i>)	100,0
13.151	A26.08.000.000.018	Бактериологическое исследование отделяемого передних околоносовых полостей на стрептококк группы А (<i>Streptococcus gr. A</i>)	100,0
13.152	A26.08.001	Бактериологическое исследование слизи и пленок с миндалин на палочку дифтерии (<i>Corinebacterium diphtheriae</i>)	250,0
13.153	A26.08.003	Бактериологическое исследование слизи с задней стенки глотки на менингококк (<i>Neisseria meningitidis</i>)	700,0
13.154	A26.08.005	Бактериологическое исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	500,0
13.155	A26.09.000.000.037	Молекулярно-биологическое исследование (ПЦР) мокроты на	250,0

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, руб.
		микоплазму (<i>Mycoplasma pneumoniae</i>)	
13.156	A26.09.000.000.038	Молекулярно-биологическое исследование (ПЦР) лаважной жидкости на микоплазму (<i>Mycoplasma pneumoniae</i>)	250,0
13.157	A26.09.000.000.039	Молекулярно-биологическое исследование (ПЦР) лаважной жидкости на цисты пневмоциста (<i>Pneumocystis carinii</i>)	250,0
13.158	A26.19.001	Бактериологическое исследование кала на возбудителя дизентерии (<i>Shigella spp.</i>)	100,0
13.159	A26.19.003	Бактериологическое исследование кала на сальмонеллы (<i>Salmonella spp.</i>)	100,0
13.160	A26.19.004	Бактериологическое исследование кала на иерсинии (<i>Yersinia spp.</i>)	500,0
13.161	A26.19.008	Бактериологическое исследование кала на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	500,0
13.162	A26.19.009	Микологическое исследование кала на грибы рода кандиды (<i>Candida spp.</i>)	100,0
13.163	A26.19.014	Микологическое исследование тонкого мазка крови на малярийные плазмодии (<i>Plasmodium</i>)	1 000,0
13.164	A26.20.000.000.023	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого цервикального канала на гонорею (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>) технология Real-Time	150,0
13.165	A26.20.000.000.024	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого цервикального канала на кандидоз (<i>Candida albicans</i>) технология Real-Time	100,0
13.166	A26.20.000.000.025	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого цервикального канала на микоплазму (<i>Mycoplasma genitalium</i>) технология Real-Time	150,0
13.167	A26.20.000.000.026	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого цервикального канала на микоплазму (<i>Mycoplasma hominis</i>) технология Real-Time	150,0
13.168	A26.20.000.000.027	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого цервикального канала на трихомониаз (<i>Trichomonas vaginalis</i>) технология Real-Time	150,0
13.169	A26.20.000.000.028	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого цервикального канала на уреоплазму (<i>Ureaplasma urealyticum</i>) технология Real-Time	150,0
13.170	A26.20.000.000.029	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого цервикального канала на уреоплазму (<i>Ureaplasma parvum</i>) технология Real-Time	150,0
13.171	A26.20.005	Микробиологическое исследование отделяемого женских половых органов на уреоплазму (<i>Ureaplasma urealyticum</i>)	150,0
13.172	A26.20.008	Микробиологическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	150,0
13.173	A26.20.009	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого из цервикального канала на вирус папилломы человека (<i>Papilloma virus</i>)	150,0
13.174	A26.20.009.000.020	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого цервикального канала на вирус папилломы человека (<i>Papilloma virus</i>) с определением типа технологии Real-Time	150,0
13.175	A26.20.009.000.021	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого цервикального канала на вирус папилломы человека (<i>Papilloma virus</i>) скрининг технология Real-Time	150,0

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, руб.
13.176	A26.20.010	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого из цервикального канала на вирус простого герпеса 1,2 (Herpes simplex virus 1,2)	150,0
13.177	A26.20.010.000.022	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого цервикального канала на вирус простого герпеса (Herpes single virus 1, 2) технология Real-Time	150,0
13.178	A26.20.011	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого из цервикального канала на цитомегаловирус (Cytomegalovirus)	150,0
13.179	A26.20.011.000.001	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого цервикального канала на цитомегаловирус (Cytomegalovirus) , технология Real-Time	250,0
13.180	A26.20.012	Молекулярно-биологическое исследование влагалищного отделяемого на вирус папилломы человека (Papilloma virus)	250,0
13.181	A26.20.013	Молекулярно-биологическое исследование влагалищного отделяемого на вирус простого герпеса 1,2 (Herpes simplex virus)	150,0
13.182	A26.20.014	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого на цитомегаловирус (Cytomegalovirus)	150,0
13.183	A26.20.016	Микологическое исследование влагалищного отделяемого на грибы рода кандиды (Candida spp.)	150,0
13.184	A26.20.020	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого женских половых органов на хламидии (Chlamydia trachomatis)	150,0
13.185	A26.21.000.000.021	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого уретры на гонорею (Neisseria gonorrhoeae) технология Real-Time	150,0
13.186	A26.21.000.000.022	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого уретры на кандидоз (Candida albicans) технология Real-Time	150,0
13.187	A26.21.000.000.023	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого уретры на микоплазму (Mycoplasma genitalium) технология Real-Time	150,0
13.188	A26.21.000.000.024	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого уретры на микоплазму (Mycoplasma hominis) технология Real-Time	150,0
13.189	A26.21.000.000.025	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого уретры на трихомониаз (Trichomonas vaginalis) технология Real-Time	150,0
13.190	A26.21.000.000.026	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого уретры на уреоплазму (Ureaplasma urealitycum) технология Real-Time	150,0
13.191	A26.21.000.000.027	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого уретры на уреоплазму (Ureaplasma parvum) технология Real-Time	150,0
13.192	A26.21.006	Бактериологическое исследование отделяемого секрета простаты на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы	400,0
13.193	A26.21.007	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого из уретры на хламидии (Chlamidia trachomatis)	150,0
13.194	A26.21.007.000.017	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого уретры на хламидии (Chlamidia trachomatis) технология Real-Time	150,0
13.195	A26.21.008	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого из уретры на вирус папилломы человека (Papilloma virus)	150,0
13.196	A26.21.008.000.018	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого уретры на вирус папилломы человека (Papilloma virus) с определением типа технологии Real-Time	150,0
13.197	A26.21.008.000.019	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого уретры на вирус папилломы человека (Papilloma virus) скрининг технология Real-Time	150,0
13.198	A26.21.009.000.020	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого уретры на вирус простого герпеса (Herpes single virus 1, 2) технология	150,0

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, руб.
		Real-Time	
13.199	A26.21.010	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого из уретры на цитомегаловирус (Cytomegalovirus)	150,0
13.200	A26.21.014	Микологическое исследование отделяемого из уретры на грибы рода кандиды (Candida spp.)	150,0
13.201	A26.23.006	Микробиологическое исследование спинномозговой жидкости на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы	500,0
13.202	A26.25.001	Бактериологическое исследование отделяемого из ушей на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	500,0
13.203	A26.25.004	Микологическое исследование отделяемого из ушей на грибы рода кандиды (Candida spp.)	150,0
13.204	A26.26.004	Бактериологическое исследование отделяемого конъюнктивы (слезная жидкость) на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы	500,0
13.205	A26.26.009	Бактериологическое исследование пунктата стекловидного тела на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы	250,0
13.206	A26.26.011	Бактериологическое исследование соскоба с язв роговицы на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	250,0
13.207	A26.28.003	Микробиологическое исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы	500,0
13.208	A26.30.000.000.013	Санитарно-микробиологическое исследование воздуха седиментационным методом	100,0
13.209	A26.30.000.000.014	Санитарно-микробиологическое исследование смывов с объектов внешней среды (кишечная группа, патогенный стафилококк)	100,0
13.210	A26.30.000.000.015	Санитарно-микробиологическое исследование смывов с объектов внешней среды (бактерии группы кишечной палочки)	100,0
13.211	A26.30.000.000.017	Санитарно-микробиологическое исследование на стерильность хирургического инструментария, перевязочного материала и пр.	100,0
13.212	A26.30.000.000.021	Санитарно-микробиологическое исследование дистиллированной воды	100,0
13.213	A26.30.000.000.029	Санитарно-микробиологический контроль паровых стерилизаторов (биотест)	250,0
13.214	A26.30.000.000.031	Бактериологическое исследование грудного молока на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы (у кормящих грудью матерей)	300,0
13.215	A26.30.000.000.032	Бактериологическое исследование промывных вод желудка на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы	250,0
13.216	A26.30.001	Бактериологическое исследование перитонеальной жидкости на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы	250,0
13.217	A26.30.004	Определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	100,0
13.218	A26.30.006	Определение чувствительности микроорганизмов к бактериофагам	700,0
14.	Медицинские услуги по профилактике		
14.1.	V03.005.003	Исследование сосудисто-тромбоцитарного первичного гемостаза	520,67

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, руб.
14.2.	В03.005.004	Исследование коагуляционного гемостаза	279,9
14.3.	В04.069.000.000.010	Групповое профилактическое консультирование (школа пациента) в рамках проведения второго этапа диспансеризации	100,83
14.4.	В04.069.000.000.009	Углубленное профилактическое консультирование в рамках проведения второго этапа диспансеризации	369,68
14.5.	В04.069.000.000.005	Доврачебный профилактический осмотр (фельдшерский прием) женщины	208,0
14.6.	В04.047.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-терапевта	415,0
14.7.	В03.047.002	Комплекс исследований в центре здоровья для оценки наиболее вероятных факторов риска, функциональных и адаптивных резервов организма с учетом возрастных особенностей	109,68
14.8.	В03.005.009	Исследование крови для диагностики врожденного дефицита факторов свертывания	939,65
14.9.	В03.016.002	Общий (клинический) анализ крови	80,0
14.10.	В03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	100,0
14.11.	В03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	450,0
14.12.	В03.016.006	Анализ мочи общий	50,0
15.	Комплексные исследования ООО «ЦСКА»		
15.1.	В03.015.000.000.011	Комплекс исследований при фибрилляции /трепетании предсердий	3090,0
15.2.	В03.015.000.000.010	Комплекс исследований при хронической ишемической болезни	3530,0

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, руб.
		сердца	
15.3.	В03.015.000.000.009	Комплекс исследований при перенесенном инфаркте миокарда	2860,0
15.4.	В03.015.000.000.008	Комплекс исследований при соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы	3520,0
15.5.	В03.015.000.000.007	Комплекс исследований при артериальной гипертензии	3590,0
15.6.	В03.015.000.000.012	Комплекс исследований при хронической сердечной недостаточности	2720,0
16.	Комплексные обследования супружеских пар с нарушением репродуктивной функции (бесплодие, невынашивание)		
16.1.	В03.001.000.000.001	Комплексная услуга по обследованию супружеской пары с нарушением репродуктивной функции (бесплодие) - женщины	8280,0
16.2.	В03.053.000.000.001	Комплексная услуга по обследованию супружеской пары с нарушением репродуктивной функции (бесплодие) - мужчины	2010,0
16.3.	В03.053.000.000.002	Комплексная услуга по обследованию супружеской пары при мужском факторе бесплодия (мужчины)	4750,0
16.4.	В03.053.000.000.003	Комплексная услуга по обследованию супружеской пары при мужском факторе бесплодия (расширенная спермограмма)	11600,0

1 – тарифы на диагностические услуги едины для всех медицинских организаций Красноярского края. Коэффициенты дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края к тарифам на диагностические услуги не применяются;
2 - стоимость услуги на проведение гемодиализа рассчитана с учетом коэффициента дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края.

3.3. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.

Тарифом на медицинские услуги при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях является тариф на основе подушевого норматива финансирования на одного прикрепленного застрахованного с учетом поправочных коэффициентов, учитывающих дифференциацию по полу и возрасту, по уровню затрат, стоимость посещения с профилактической целью, стоимость посещения при оказании медицинской помощи в неотложной форме, стоимость обращения по поводу заболевания по конкретной специальности, стоимость законченного случая диспансеризации и медицинского (профилактического, предварительного, периодического) осмотра, стоимость посещений «Центров здоровья», стоимость внешних диагностических услуг, стоимость УЕТ (условной единицы трудоемкости) для расчета стоимости посещения при оказании медицинской помощи по специальности «стоматология».

Стоматологическая медицинская помощь учитывается в условных единицах трудоемкости (УЕТ) в соответствии с классификатором основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-социальной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ)

Код услуги	Наименование услуг	Время на оказание услуги врачом (мин.)	Число УЕТ
A12.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	3,47	0,35
A12.07.003	Определение индексов гигиены полости рта	6,06	0,61
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	7,60	0,76
B01.003.004.002	Проводниковая анестезия	9,55	0,96
B01.003.004.004	Аппликационная анестезия	3,06	0,31
B01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия	4,98	0,50
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	9,34	0,93
A11.07.026	Взятие образца биологического материала из очагов поражения органов рта	11,2	1,12
A11.01.019	Получение соскоба с эрозивно-язвенных элементов кожи и слизистых оболочек	11,2	1,12
A11.07.011	Инъекционное введение лекарственных препаратов в челюстно-лицевую область	10,5	1,10
A25.07.001	Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях полости рта и зубов	2,70	0,25
A25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта и зубов	2,70	0,25
A25.07.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях полости рта и зубов	2,70	0,25
A05.07.001	Электроодонтометрия	4,17	0,42
A13.30.007	Обучение гигиене полости рта	8,67	0,87
B01.064.003	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный	19,50	1,95
B01.064.004	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского повторный	13,65	1,37
B04.064.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача - стоматолога детского	11,88	1,19
B04.064.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского	15,72	1,57
B01.065.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта первичный	16,80	1,68
B01.065.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта повторный	11,76	1,18
B04.065.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта	12,50	1,25
B04.065.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта	13,00	1,30
B01.065.003	Прием (осмотр, консультация) зубного врача первичный	16,80	1,68
B01.065.004	Прием (осмотр, консультация) зубного врача повторный	11,76	1,18
B04.065.003	Диспансерный прием (осмотр, консультация) зубного врача	12,50	1,25
B04.065.004	Профилактический прием (осмотр, консультация) зубного врача	13,00	1,30
B01.065.005	Прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического первичный	15,00	1,50
B01.065.006	Прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического повторный	9,00	0,90
A03.07.001	Люминесцентная стоматоскопия	6,30	0,63
A11.07.010	Введение лекарственных препаратов в пародонтальный карман	9,85	0,99
A11.07.022	Аппликация лекарственного препарата на слизистую оболочку полости рта	4,49	0,45
A16.07.050	Профессиональное отбеливание зубов	40,00	4,00
A16.07.051	Профессиональная гигиена полости рта и зубов	40,8	4,00
A16.07.057	Запечатывание фиссуры зуба герметиком	10,12	1,00
A16.07.082	Сошлифовывание твердых тканей зуба	14,32	1,43
A11.07.012	Глубокое фторирование эмали зубов	10,09	1,00
A11.07.023	Применение метода серебрения зуба	8,76	0,88
A11.07.024	Местное применение реминерализующих препаратов в области зуба	6,83	0,70
A15.07.003	Наложение лечебной повязки при заболеваниях слизистой оболочки полости рта и пародонта в области одной челюсти	19,88	2,00
A16.07.002.001	Восстановление зуба пломбой I, II, III, V, VI класс по Блэку с использованием стоматологических цементов	12,50	1,25
A16.07.002.002	Восстановление зуба пломбой I, II, III, V, VI класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения	19,48	1,95
A16.07.002.003	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта, II, III класс по Блэку с использованием	18,50	1,85

Код услуги	Наименование услуг	Время на оказание услуги врачом (мин.)	Число УЕТ
	стоматологических цементов		
A16.07.002.004	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта, II,III класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения	25,03	2,50
A16.07.002.005	Восстановление зуба IV класс по Блэку с использованием стеклоиномерных цементов	24,53	2,45
A16.07.002.006	Восстановление зуба, IV класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения	32,53	3,25
A16.07.002.007	Восстановление одного зуба пломбой из амальгамы I, V класс по Блэку	19,46	1,95
A16.07.002.008	Восстановление одного зуба пломбой из амальгамы II класса по Блэку	23,31	2,33
A16.07.002.009	Наложение временной пломбы	15,32	1,53
A16.07.091	Снятие временной пломбы	2,50	0,25
A16.07.092	Трепанация зуба, искусственной коронки	4,81	0,48
A16.07.008.001	Пломбирование корневого канала зуба пастой	11,64	1,16
A11.07.027	Наложение девитализирующей пасты	0,32	0,03
A16.07.009	Пульпотомия (ампутация коронковой пульпы)	2,06	0,21
A16.07.010	Экстирпация пульпы	4,57	0,46
A16.07.019	Временное шинирование при заболеваниях пародонта	19,8	1,98
A16.07.020.001	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений в области зуба ручным методом	3,20	0,32
A16.07.025.001	Избирательное полирование зуба	2,30	0,23
A16.07.030.001	Инструментальная и медикаментозная обработка одного хорошо проходимого корневого канала	9,21	0,92
A16.07.030.002	Инструментальная и медикаментозная обработка одного плохо проходимого корневого канала	17,11	1,71
A16.07.030.003	Временное пломбирование лекарственным препаратом корневого канала	4,96	0,50
A16.07.039	Закрытый кюретаж при заболеваниях пародонта в области зуба	3,10	0,31
A16.07.082.001	Распломбировка корневого канала ранее леченного пастой	19,87	2,00
A16.07.082.002	Распломбировка одного корневого канала ранее леченного фосфат-цементом (резорцин-формальдегидным методом)	35,48	3,55
B01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	13,90	1,40
B01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный	10,75	1,08
A15.03.007	Наложение шины при переломах костей	68,69	6,87
A15.07.004	Снятие шины с одной челюсти	14,27	1,43
A15.04.002	Наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) суставов	25,47	2,55
A15.07.001	Наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) зубов	29,63	2,96
A11.07.001	Биопсия слизистой полости рта	11,47	1,15
A11.07.002	Биопсия языка	11,47	1,15
A11.07.005	Биопсия преддверия полости рта	11,47	1,15
A11.07.007	Биопсия тканей губы	11,47	1,15
A11.07.008	Пункция кисты полости рта	9,12	0,91
A11.07.009	Бужирование протоков слюнных желез	30,13	3,01
A11.07.013	Пункция слюнной железы	9,12	0,91
A11.07.014	Пункция тканей полости рта	9,12	0,91
A11.07.015	Пункция языка	9,12	0,91
A11.07.016	Биопсия слизистой ротоглотки	11,47	1,15
A11.07.018	Пункция губы	9,12	0,91
A11.07.019	Пункция патологического образования слизистой преддверия полости рта	9,12	0,91
A11.07.020	Биопсия слюнной железы	11,47	1,15
A15.01.003	Наложение повязки при операции в челюстно-лицевой области	10,59	1,06
A15.07.002	Наложение повязки при операциях в полости рта	10,59	1,06
A16.01.004	Хирургическая обработка раны или инфицированной ткани	13,01	1,30

Код услуги	Наименование услуг	Время на оказание услуги врачом (мин.)	Число УЕТ
A16.01.012	Вскрытие и дренирование флегмоны (абсцесса)	19,86	2,00
A16.01.016	Удаление атеромы	23,30	2,33
A16.01.030	Иссечение грануляции	22,20	2,22
A16.04.018	Вправление вывиха сустава	10,00	1,00
A16.07.001.001	Удаление временного зуба	10,11	1,01
A16.07.001.002	Удаление постоянного зуба	15,52	1,55
A16.07.001.003	Удаление зуба сложное с разъединением корней	25,76	2,58
A16.07.024	Операция удаления ретинированного, дистопированного или сверхкомплектного зуба	29,92	3,00
A16.07.011	Вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага воспаления в полости рта	10,02	1,00
A16.07.012	Вскрытие и дренирование одонтогенного абсцесса	9,69	0,97
A16.07.013	Отсроченный кюретаж лунки удаленного зуба	10,33	1,03
A16.07.014	Вскрытие и дренирование абсцесса полости рта	21,40	2,14
A16.07.015	Вскрытие и дренирование очага воспаления мягких тканей лица или дна полости рта	24,12	2,41
A16.07.016	Цистотомия или цистэктомия	38,88	3,89
A16.07.017.002	Коррекция объема и формы альвеолярного отростка	12,19	1,22
A16.07.058	Лечение перикоронита (промывание, рассечение и/или иссечение капюшона)	10,39	1,04
A11.07.025	Промывание протока слюнной железы	18,50	1,85
A16.22.012	Удаление камней из протоков слюнных желез	30,13	3,01
B01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	15,00	1,50
A17.07.001	Электрофорез лекарственных препаратов при патологии полости рта и зубов	15,00	1,50
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов	5,00	0,50
A17.07.004	Ионофорез при патологии полости рта и зубов	10,10	1,01
A17.07.006	Депозит корневых каналов зуба	15,00	1,50
A17.07.007	Дарсонвализация при патологии полости рта	20,00	2,00
A17.07.008	Флюктуоризация при патологии полости рта и зубов	16,67	1,67
A17.07.009	Воздействие электрическими полями (КВЧ) при патологии полости рта и зубов	10,00	1,00
A17.07.010	Воздействие токами надтональной частоты (ультратонотерапия) при патологии полости рта и зубов	10,00	1,00
A17.07.011	Воздействие токами ультравысокой частоты при патологии полости рта и зубов	12,50	1,25
A17.07.012	Ультравысокочастотная индуктотермия при патологии полости рта и зубов	12,50	1,25
A20.07.001	Гидроорошение при заболевании полости рта и зубов	15,00	1,50
A21.07.001	Вакуум-терапия в стоматологии	6,83	0,68
A22.07.005	Ультрафиолетовое облучение ротоглотки	12,50	1,25
A22.07.007	Ультрафонофорез лекарственных препаратов на область десен	10,00	1,00
B01.063.001*	Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта первичный	42,07	4,21
B01.063.002*	Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта повторный	13,83	1,38
B04.063.001*	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта	16,94	1,69
A02.07.004*	Антропометрические исследования	10,95	1,10
A23.07.002.027*	Изготовление контрольной модели	18,75	1,88
A02.07.010*	Исследование на диагностических моделях челюстей	20,05	2,00
A23.07.001.001*	Коррекция съемного ортодонтического аппарата	17,68	1,75
A23.07.001.002*	Ремонт ортодонтического аппарата	15,30	1,55
A23.07.002.037*	Починка перелома базиса самотвердеющей пластмассой	17,43	1,75
A23.07.002.045*	Изготовление дуги вестибулярной с дополнительными изгибами	38,50	3,85
A23.07.002.073*	Изготовление дуги вестибулярной	27,00	2,70
A23.07.002.051*	Изготовление кольца ортодонтического	39,70	4,00

Код услуги	Наименование услуг	Время на оказание услуги врачом (мин.)	Число УЕТ
A23.07.002.055*	Изготовление коронки ортодонтической	40,00	4,00
A23.07.002.058*	Изготовление пластинки вестибулярной	27,00	2,70
A23.07.002.059*	Изготовление пластинки с заслоном для языка (без кламмеров)	25,00	2,50
A23.07.002.060*	Изготовление пластинки с окклюзионными накладками	180,00	18,00

<*> В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования оплачивается только для детского населения

При пятидневной рабочей неделе врач ежедневно выполняет 35 УЕТ.

При оплате стоматологической помощи: стоимость посещения с профилактической, иной целью и обращений по поводу заболевания рассчитывается как стоимость одной УЕТ умноженной на количество УЕТ, учтенных в рамках одного посещения или обращения по заболеванию; стоимость посещения в неотложной форме рассчитывается как стоимость одной УЕТ умноженной на количество УЕТ и на коэффициент удорожания для посещений в неотложной форме, учтенных в рамках одного посещения.

Для МО, в составе которых на функциональной основе созданы Центры здоровья, единицей объема первичной медико-санитарной помощи является посещение.

Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной в Центрах здоровья, осуществляется на основе счетов реестров, заполненных в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (Х пересмотра) по классу «Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в организации здравоохранения (z00-z99)».

3.3.1. СРЕДНИЙ РАЗМЕР ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ, УЧАСТВУЮЩИМИ В РЕАЛИЗАЦИИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, В РАСЧЕТЕ НА ОДНО ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования Красноярского края, составляет 5 137,8 рублей.

3.3.2. РАЗМЕР ПОДУШЕВОГО НОРМАТИВА ФИНАНСИРОВАНИЯ В СООТВЕТСТВИИ С ПЕРЕЧНЕМ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ФОРМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ЕДИНИЦ ОБЪЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ КОТОРЫХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПО ПОДУШЕВОМУ НОРМАТИВУ.

3.3.2.1. Размер подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях на 2017 год.

Наименование показателя	№ п/п	1 квартал	2 квартал	3 квартал	4 квартал
Объем финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях в рамках ТП ОМС (Ф) тыс.руб.	1	2 233 277,7	2 233 277,7	2 233 277,7	2 233 277,8
Численность застрахованного прикрепленного населения Красноярского края по состоянию на 01.01.2017 (Ч)	2	2 943 545	2 943 545	2 943 545	2 943 545
Подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи по краю (ПН = Ф / Ч), рублей/человека в месяц	3=1/2/3 мес*1000	263,31	263,31	263,31	263,31

К подушевому нормативу финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях применяется средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации для однородных групп медицинских организаций (КДинт_г), определенный по каждой медицинской организации как произведение:

КДсуб_г – коэффициент дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края *i*-ой МО (раздел 3.1.1.);

КДпв_г – половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для *i*-ой МО-прикрепления (графа 6 раздела 3.3.2.2.);

КДсп_г – коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов, медицинских пунктов и т.п.) для *i*-ой МО-прикрепления (графа 4 раздела 3.3.2.2.);

КДси_г – коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание имущества для *i*-ой МО-прикрепления (графа 5 раздела 3.3.2.2.).

Полученные значения интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях ранжируются от максимального до минимального значения и в случае существенных различий объединяются в однородные группы с последующим расчетом средневзвешенного значения данного коэффициента для каждой группы.

3.3.2.2. Средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций.

№ п/п	Наименование медицинской организации	Коэффициенты дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края	Коэффициенты дифференциации по уровню расходов в амбулаторных условиях.		Половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива	Средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций (КДинтi)	Номер группы
		КДсуб - ТС 3.1.1.	Коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (КДсп)	Коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание имущества медицинских организаций (КДси)			
1	2	3	4	5	6	7	8
1	КГБУЗ «Норильская городская больница № 3»	2,960	1,000	2,531	0,9714612868	7,278	1
2	КГБУЗ «Таймырская районная больница № 1»	5,560	1,050	1,126	1,0358122867	6,809	2
3	КГБУЗ «Игарская городская больница»	3,550	1,000	1,361	0,9577957533	4,443	3
4	КГБУЗ «Ванаварская районная больница № 2»	6,860	1,040	0,636	1,0140938043		
5	КГБУЗ «Туринская межрайонная больница»	6,860	1,070	0,563	1,0378685773		
6	КГБУЗ «Байкитская районная больница № 1»	6,860	1,060	0,572	1,0223421424		
7	КГБУЗ «Туруханская районная больница»	3,550	1,050	0,960	1,0167298277	3,319	4
8	КГБУЗ «Таймырская межрайонная больница»	5,560	1,010	0,599	1,0109067230		
9	КГБУЗ «Норильская межрайонная детская больница»	2,960	1,000	0,625	1,7397904388		
10	КГБУЗ «Северо-Енисейская районная больница»	3,110	1,070	0,942	0,9628067303	2,337	5
11	ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения РАН» - обособленное подразделение Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера	1,210	1,000	1,167	1,9425004170		
12	КГБУЗ «Норильская межрайонная поликлиника № 2»	2,960	1,000	0,921	0,9717867070		
13	КГБУЗ «Кежемская районная больница»	2,060	1,040	1,071	0,9851691787		
14	КГБУЗ «Норильская межрайонная поликлиника № 3»	2,960	1,000	0,797	0,9576186614		
15	КГБУЗ «Партизанская районная больница»	1,540	1,120	1,263	1,0007418774		
16	КГБУЗ «Красноярская краевая больница № 2»	1,210	1,000	1,998	0,8842512264		
17	КГБУЗ «Норильская межрайонная поликлиника № 1»	2,960	1,000	0,971	0,7410996560		
18	КГБУЗ «Саянская районная больница»	1,590	1,120	1,009	0,9938713089		
19	КГБУЗ «Пировская районная больница»	1,560	1,100	1,041	0,9937095469		
20	КГБУЗ «Красноярская межрайонная детская клиническая больница № 1»	1,210	1,000	0,820	1,7699435661	1,716	6
21	КГБУЗ «Чуноярская участковая больница»	1,770	1,000	0,996	0,9917647059		
22	КГБУЗ «Бородинская городская больница»	1,190	1,000	1,448	0,9893992181		
23	КГБУЗ «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2»	1,190	1,000	0,803	1,7544530278		
24	КГБУЗ «Красноярская городская детская поликлиника № 3»	1,210	1,000	0,765	1,7730503135	1,388	7
25	КГБУЗ «Каратузская районная больница»	1,420	1,080	1,048	1,0204674972		
26	КГБУЗ «Больница п. Кедровый»	1,220	1,000	1,240	1,0307226891		
27	КГБУЗ «Тюхтетская районная больница»	1,600	1,080	0,900	0,9978167617	1,388	7
28	КГБУЗ «Манская районная больница»	1,540	1,090	0,895	0,9993154876		
29	КГБУЗ «Красноярская межрайонная детская больница № 4»	1,210	1,000	0,690	1,7887023126		
30	КГБУЗ «Енисейская районная больница»	1,590	1,070	0,874	0,9981399251		
31	КГБУЗ «Большемуртинская районная больница»	1,420	1,110	0,906	0,9921838800		
32	КГБУЗ «Сухобузимская районная больница»	1,500	1,090	0,859	0,9923546589		

№ п/п	Наименование медицинской организации	Коэффициенты дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края КДсуб - ТС 3.1.1.	Коэффициенты дифференциации по уровню расходов в амбулаторных условиях.		Половозрастной коэффициент дифференциации норматива КДпв - ТС 3.3.4.	Средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подшевного норматива, определенный для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций (КДинтi)	Номер группы
			Коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (КДсп)	Коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание имущества медицинских организаций (КДси)			
1	2	3	4	5	6	7	8
33	КГБУЗ «Идринская районная больница»	1,630	1,120	0,749	1,0139538275	1,099	8
34	КГБУЗ «Богучанская районная больница»	1,770	1,040	0,729	0,9876798970		
35	КГБУЗ «Козульская районная больница»	1,330	1,060	0,937	0,9948604697		
36	КГБУЗ «Бирилюсская районная больница»	1,540	1,090	0,784	0,9906559767		
37	КГБУЗ «Рыбинская районная больница»	1,390	1,110	0,815	1,0348578901		
38	КГБУЗ «Большеулуйская районная больница»	1,940	1,160	0,575	1,0011065081		
39	КГБУЗ «Городская больница ЗАТО Солнечный Красноярского края»	1,250	1,000	0,876	1,1528588064		
40	КГБУЗ «Шушенская районная больница»	1,300	1,050	0,877	1,0242645062		
41	КГБУЗ «Ужурская районная больница»	1,390	1,100	0,758	1,0315292001		
42	КГБУЗ «Красноярская межрайонная детская клиническая больница № 5»	1,210	1,000	0,549	1,7774663151		
43	КГБУЗ «Дивногорская межрайонная больница»	1,210	1,030	0,936	1,0024012810		
44	ФГБУЗ «Больница Красноярского научного центра Сибирского отделения РАН»	1,210	1,000	1,156	0,8241639427		
45	КГБУЗ «Краснотуранская районная больница»	1,390	1,130	0,722	1,0065889789		
46	КГБУЗ «Красноярская городская детская поликлиника № 4»	1,210	1,000	0,526	1,7718787228		
47	КГБУЗ «Боготольская межрайонная больница»	1,220	1,060	0,857	1,0102545872		
48	КГБУЗ «Красноярская городская детская поликлиника № 1»	1,210	1,000	0,507	1,8207654723		
49	КГБУЗ «Казачинская районная больница»	1,560	1,090	0,633	0,9996678619		
50	КГБУЗ «Уярская районная больница»	1,320	1,110	0,715	1,0242465438		
51	КГБУЗ «Мотыгинская районная больница»	2,100	1,020	0,486	1,0005114248		
52	КГБУЗ «Красноярская городская детская больница № 8»	1,210	1,000	0,471	1,8240071528		
53	КГБУЗ «Ирбейская районная больница»	1,600	1,070	0,594	1,0107740572		
54	КГБУЗ «Новоселовская районная больница»	1,510	1,070	0,623	1,0105787321		
55	КГБУЗ «Красноярская городская детская поликлиника № 2»	1,210	1,000	0,465	1,7952033176		
56	КГБУЗ «Лесосибирская межрайонная больница»	1,450	1,000	0,687	1,0126274539		
57	КГБУЗ «Балахтинская районная больница»	1,440	1,100	0,637	0,9966505234		
58	КГБУЗ «Канская межрайонная детская больница»	1,180	1,070	0,456	1,7404810044		
59	КГБУЗ «Гасеевская районная больница»	1,450	1,130	0,609	0,9815088510		
60	ФГБУЗ «Клиническая больница № 51» ФМБА России	1,210	1,000	0,815	0,9853038733		
61	КГБУЗ «Назаровская районная больница № 2»	1,500	1,170	0,538	1,0080686134		
62	КГБУЗ «Назаровская районная больница»	1,190	1,010	0,781	1,0094477798		
63	КГБУЗ «Абанская районная больница»	1,590	1,110	0,536	0,9978651685		
64	КГБУЗ «Нижеингашская районная больница»	1,380	1,070	0,624	1,0012823713		
65	КГБУЗ «Ермаковская районная больница»	1,420	1,000	0,628	1,0229041135		
66	КГБУЗ «Шарыповская районная больница»	1,320	1,170	0,590	0,9928621737		
67	КГБУЗ «Дзержинская районная больница»	1,470	1,110	0,547	1,0001746266		
68	КГБУЗ «Иланская районная больница»	1,380	1,150	0,533	1,0533374293		
69	КГБУЗ «Березовская районная больница»	1,290	1,030	0,570	1,0003589124		
70	КГБУЗ «Сосновоборская городская больница»	1,160	1,010	0,628	1,0275542912		
71	КГБУЗ «Шарыповская городская больница»	1,180	1,020	0,611	1,0017218803		
						0,746	10

№ п/п	Наименование медицинской организации	Коэффициенты дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края КДсуб - ТС 3.1.1.	Коэффициенты дифференциации по уровню расходов в амбулаторных условиях.		Половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива КДпв - ТС 3.3.4.	Средневзвешенный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций (КДинтi)	Номер группы
			Коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (КДсп)	Коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание имущества медицинских организаций (КДси)			
1	2	3	4	5	6	7	8
72	КГБУЗ «Канская межрайонная больница»	1,180	1,000	0,715	0,8682597284		
73	ФГБУ «Федеральный Сибирский научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства» Клиническая больница № 42 (филиал)	1,180	1,000	0,587	0,9861984760	0,656	
74	КГБУЗ «Минусинская межрайонная больница»	1,180	1,060	0,530	1,0229847137		
75	КГБУЗ «Ачинская межрайонная больница»	1,190	1,000	0,628	0,8129874739		11
76	КГБУЗ «Курагинская районная больница»	1,350	1,070	0,372	1,0260744873		
77	КГБУЗ «Степновская участковая больница»	1,500	1,190	0,295	1,0343039443	0,530	
78	КГБУЗ «Емельяновская районная больница»	1,480	1,050	0,346	0,9950706075		
79	КГАУЗ «Красноярская межрайонная больница № 5»	1,210	1,000	0,508	0,7950763758		12
80	Филиал ООО «РУСАЛ Медицинский Центр» в г. Ачинске	1,190	1,000	0,501	0,6653844404		
81	КГБУЗ «Красноярская городская поликлиника № 7»	1,210	1,000	0,403	0,8048526149		
82	КГБУЗ «Красноярская межрайонная поликлиника № 5»	1,210	1,000	0,367	0,7924897677		
83	КГБУЗ «Красноярская городская поликлиника № 12»	1,210	1,000	0,351	0,7918207557	0,352	
84	КГБУЗ «Красноярская городская поликлиника № 14»	1,210	1,000	0,347	0,7935674633		
85	КГБУЗ «Красноярская городская поликлиника № 6»	1,210	1,000	0,342	0,7962079236		
86	НУЗ «Узловая поликлиника на станции Ужур ОАО «РЖД»	1,390	1,000	0,301	0,7817746730		13
87	КГБУЗ «Красноярская городская поликлиника № 2»	1,210	1,000	0,326	0,7568259949		
88	ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России»	1,210	1,000	0,307	0,8006467466		
89	КГБУЗ «Красноярская межрайонная больница № 2»	1,210	1,000	0,309	0,7915210967	0,275	
90	НУЗ «Отделенческая поликлиника на ст. Ачинск ОАО РЖД»	1,190	1,000	0,317	0,7686894587		
91	НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Красноярск ОАО «РЖД»	1,210	1,000	0,285	0,7865873621		
92	ООО «РУСАЛ Медицинский Центр»	1,210	1,000	0,344	0,6144658175		
93	КГБУЗ «Красноярская межрайонная больница № 3»	1,210	1,000	0,255	0,7952596920		
94	КГБУЗ «Красноярская межрайонная поликлиника № 1»	1,210	1,000	0,253	0,800004802		14
95	НУЗ «Узловая поликлиника на ст. Уяр ОАО «РЖД»	1,320	1,000	0,185	0,7702544221		
96	КГБУЗ «Красноярская городская поликлиника № 4»	1,210	1,000	0,187	0,8017134920		
97	НУЗ «Узловая поликлиника на ст. Иланская ОАО «РЖД»	1,380	1,000	0,175	0,7249748141		
98	ФГБУ «Федеральный Сибирский научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства»	1,210	1,000	0,169	0,8353219511	0,149	
99	ООО «Медико-санитарная часть «Угольщик»	1,500	1,000	0,158	0,6094150418		
100	ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Красноярскому краю»	1,210	1,000	0,105	0,7990217391		
101	НУЗ «Узловая больница на ст. Саянская ОАО «РЖД»	1,390	1,000	0,060	0,952170184		15

3.3.3. ТАРИФЫ НА ОПЛАТУ ЕДИНИЦ ОБЪЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (МЕДИЦИНСКАЯ УСЛУГА, ПОСЕЩЕНИЕ, ОБРАЩЕНИЕ (ЗАКОНЧЕННЫЙ СЛУЧАЙ), МЕРОПРИЯТИЯ ПО ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ ОСМОТРАМ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ТОМ ЧИСЛЕ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ МЕЖТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ РАСЧЕТОВ.

Стоимость одного посещения при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях определена на основании средней стоимости медицинской помощи в амбулаторных условиях утвержденной Постановлением Правительства Красноярского края «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» 27.12.2016 № 682-п и относительных коэффициентов стоимости одного посещения по специальностям, в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС, утвержденными Министерством здравоохранения РФ и ФФОМС.

3.3.3.1. Тарифы на медицинские услуги при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (для медицинских организаций, не имеющих прикрепленного населения, и для расчетов за медицинскую помощь, предоставленную гражданам, застрахованным за пределами Красноярского края).

Наименование специальности	Тариф
Акушерство и гинекология	397,5
Аллергология и иммунология	539,5
Гастроэнтерология	284,8
Гематология	284,8
Генетика	284,8
Дерматовенерология	244,6
Детская кардиология	324,2
Детская онкология	303,4
Детская урология-андрология	245,5
Детская хирургия	303,4
Детская эндокринология	585,8
Инфекционные болезни	427,5
Кардиология	324,2

Наименование специальности	Тариф
Колопроктология	303,4
Лечебное дело	142,4
Неврология	337,8
Нейрохирургия	303,4
Нефрология	284,8
Общая врачебная практика (семейная медицина)	284,8
Онкология	303,4
Отоларингология	236,4
Офтальмология	202,7
Педиатрия	429,5
Пульмонология	284,8
Ревматология	324,2
Сердечно-сосудистая хирургия	303,4

Наименование специальности	Тариф
Стоматология детская*	163,8
Стоматология*	163,8
Сурдология-оториноларингология	236,4
Терапия (общая)	284,8
Торакальная хирургия	303,4
Травматология и ортопедия	303,4
Урология	245,5
Хирургия(общая)	303,4
Челюстно-лицевая хирургия	303,4
Эндокринология	585,8

*стоимость УЕТ

К тарифам на медицинские услуги при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях применяются:

- коэффициенты, учитывающие дифференциацию посещений/обращений по типам:

посещения с профилактической и иной целью – 1,00;

посещения в неотложной форме – 1,28;

обращения по поводу заболевания (2 и более посещений) – относительные коэффициенты, рассчитанные в соответствии

Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (письмо МЗ РФ №11-8/10/2-8266, ФФОМС №12578/26/и от 22.12.2016 года)

Наименование специальности	Коэффициент стоимости обращения / посещения
Акушерство и гинекология	3,6

Наименование специальности	Коэффициент стоимости обращения / посещения
Аллергология и иммунология	2,5

Наименование специальности	Коэффициент стоимости обращения / посещения
Гастроэнтерология	2,7

Наименование специальности	Коэффициент стоимости обращения / посещения
Гематология	2,7
Генетика	2,7
Дерматовенерология	4,0
Детская кардиология	3,0
Детская онкология	2,9
Детская урология-андрология	2,5
Детская хирургия	2,9
Детская эндокринология	2,4
Инфекционные болезни	2,3
Кардиология	3,0
Колопроктология	2,9
Лечебное дело	2,7

Наименование специальности	Коэффициент стоимости обращения / посещения
Неврология	2,8
Нейрохирургия	2,9
Нефрология	2,7
Общая врачебная практика (семейная медицина)	2,7
Онкология	2,9
Отоларингология	3,9
Офтальмология	3,6
Педиатрия	2,7
Пульмонология	2,7
Ревматология	3,0
Сердечно-сосудистая хирургия	2,9

Наименование специальности	Коэффициент стоимости обращения / посещения
Стоматология	2,9
Стоматология детская	2,9
Сурдология-оториноларингология	3,9
Терапия(общая)	2,7
Торакальная хирургия	2,9
Травматология и ортопедия	2,9
Урология	2,5
Хирургия(общая)	2,9
Челюстно-лицевая хирургия	2,9
Эндокринология	2,4

- КДсуби – коэффициент дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края i-ой МО (раздел 3.1.1.);
- коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание имущества медицинских организаций (КДси).

Коэффициенты дифференциации по уровню расходов на содержание имущества медицинских организаций в амбулаторных условиях.

№ п/п	Наименование медицинской организации	Коэффициент дифференциации на содержание имущества (КДси)
1	КГБУЗ «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1»	0,50
2	КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 4»	0,50
3	КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 1»	0,50
4	КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 5»	0,50
5	КГБУЗ «Норильская городская стоматологическая поликлиника»	0,50
6	КГБУЗ «Норильская межрайонная больница № 1»	0,70
7	КГБУЗ «Канская межрайонная стоматологическая поликлиника»	0,70
8	КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 2»	0,70
9	КГБУЗ «Лесосибирская межрайонная стоматологическая поликлиника»	0,70
10	КГАУЗ «Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 1»	0,70
11	КГАУЗ «Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 3»	0,70
12	КГАУЗ «Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 4»	0,70
13	КГАУЗ «Ачинская межрайонная стоматологическая поликлиника»	0,70
14	ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России	1,00
15	КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер имени А.И. Крыжановского»	1,00
16	КГАУЗ «Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 5»	1,00

№ п/п	Наименование медицинской организации	Коэффициент дифференциации на содержание имущества (КДси)
17	КГАУЗ «Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 7»	1,00
18	КГАУЗ «Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 8»	1,00
19	КГБУЗ «Абанская районная больница»	1,00
20	КГБУЗ «Ачинская межрайонная больница»	1,00
21	КГБУЗ «Байкитская районная больница № 1»	1,00
22	КГБУЗ «Балахтинская районная больница»	1,00
23	КГБУЗ «Березовская районная больница»	1,00
24	КГБУЗ «Бирюсская районная больница»	1,00
25	КГБУЗ «Боготольская межрайонная больница»	1,00
26	КГБУЗ «Богучанская районная больница»	1,00
27	ФГБУЗ «Больница Красноярского научного центра Сибирского отделения РАН»	1,00
28	КГБУЗ «Больница п. Кедровый»	1,00
29	КГБУЗ «Большемуртинская районная больница»	1,00
30	КГБУЗ «Большеулуйская районная больница»	1,00
31	КГБУЗ «Бординская городская больница»	1,00
32	КГБУЗ «Ванаварская районная больница № 2»	1,00
33	КГБУЗ «Городская больница ЗАТО Солнечный Красноярского края»	1,00
34	КГБУЗ «Дзержинская районная больница»	1,00
35	КГБУЗ «Дивногорская межрайонная больница»	1,00
36	КГБУЗ «Емельяновская районная больница»	1,00
37	КГБУЗ «Енисейская районная больница»	1,00

№ п/п	Наименование медицинской организации	Коэффициент дифференциации на содержание имущества (КДси)
38	КГБУЗ «Ермаковская районная больница»	1,00
39	КГБУЗ «Игарская городская больница»	1,00
40	КГБУЗ «Идринская районная больница»	1,00
41	КГБУЗ «Иланская районная больница»	1,00
42	КГБУЗ «Ирбейская районная больница»	1,00
43	КГБУЗ «Казачинская районная больница»	1,00
44	КГБУЗ «Канская межрайонная больница»	1,00
45	КГБУЗ «Канская межрайонная детская больница»	1,00
46	КГБУЗ «Каратузская районная больница»	1,00
47	КГБУЗ «Кежемская районная больница»	1,00
48	ФГБУЗ «Клиническая больница № 51» ФМБА России	1,00
49	КГБУЗ «Козульская районная больница»	1,00
50	КГБУЗ «Краснотуранская районная больница»	1,00
51	КГБУЗ «Красноярская городская детская больница № 8»	1,00
52	КГБУЗ «Красноярская городская детская поликлиника № 1»	1,00
53	КГБУЗ «Красноярская городская детская поликлиника № 2»	1,00
54	КГБУЗ «Красноярская городская детская поликлиника № 3»	1,00
55	КГБУЗ «Красноярская городская детская поликлиника № 4»	1,00
56	КГБУЗ «Красноярская городская поликлиника № 2»	1,00
57	КГБУЗ «Красноярская городская поликлиника № 4»	1,00
58	КГБУЗ «Красноярская городская поликлиника № 6»	1,00
59	КГБУЗ «Красноярская городская поликлиника № 7»	1,00
60	КГБУЗ «Красноярская городская поликлиника № 12»	1,00
61	КГБУЗ «Красноярская городская поликлиника № 14»	1,00
62	КГБУЗ «Красноярская краевая больница № 2»	1,00
63	КГБУЗ «Красноярская межрайонная больница № 2»	1,00
64	КГБУЗ «Красноярская межрайонная больница № 3»	1,00
65	КГАУЗ «Красноярская межрайонная больница № 5»	1,00
66	КГБУЗ «Красноярская межрайонная детская больница № 4»	1,00
67	КГБУЗ «Красноярская межрайонная детская клиническая больница № 5»	1,00
68	КГБУЗ «Красноярская межрайонная детская клиническая больница № 1»	1,00
69	КГБУЗ «Красноярская межрайонная поликлиника № 1»	1,00
70	КГБУЗ «Красноярская межрайонная поликлиника № 5»	1,00
71	КГБУЗ «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2»	1,00
72	КГБУЗ «Курагинская районная больница»	1,00
73	КГБУЗ «Лесосибирская межрайонная больница»	1,00
74	КГБУЗ «Манская районная больница»	1,00
75	КГБУЗ «Минусинская межрайонная больница»	1,00
76	КГБУЗ «Мотыгинская районная больница»	1,00
77	КГБУЗ «Назаровская районная больница № 2»	1,00
78	КГБУЗ «Назаровская районная больница»	1,00
79	ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр «Красноярский	1,00

№ п/п	Наименование медицинской организации	Коэффициент дифференциации на содержание имущества (КДси)
	научный центр Сибирского отделения РАН» - обособленное подразделение Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера	
80	КГБУЗ «Нижнеингашская районная больница»	1,00
81	КГБУЗ «Новоселовская районная больница»	1,00
82	КГБУЗ «Норильская межрайонная поликлиника № 2»	1,00
83	КГБУЗ «Норильская межрайонная поликлиника № 3»	1,00
84	КГБУЗ «Норильская межрайонная детская больница»	1,00
85	КГБУЗ «Норильская межрайонная поликлиника № 1»	1,00
86	НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Красноярск ОАО «РЖД»	1,00
87	НУЗ «Узловая больница на ст. Саянская ОАО «РЖД»	1,00
88	НУЗ «Узловая поликлиника на ст. Иланская ОАО «РЖД»	1,00
89	НУЗ «Узловая поликлиника на станции Ужур ОАО «РЖД»	1,00
90	ООО «Виктория»	1,00
91	ООО «Мед-Визит»	1,00
92	ООО «Медицина компьютерных технологий»	1,00
93	ООО «МЕДЮНИОН»	1,00
94	ООО «Медико-санитарная часть «Угольщик»	1,00
95	ООО «РУСАЛ Медицинский Центр»	1,00
96	Филиал ООО «РУСАЛ Медицинский Центр» в г. Ачинске	1,00
97	ООО «Стоматология для Вас»	1,00
98	ООО «Центр Современной Кардиологии»	1,00
99	НУЗ «Отделенческая поликлиника на ст. Ачинск ОАО РЖД»	1,00
100	КГБУЗ «Партизанская районная больница»	1,00
101	КГБУЗ «Пировская районная больница»	1,00
102	КГБУЗ «Рыбинская районная больница»	1,00
103	КГБУЗ «Саянская районная больница»	1,00
104	КГБУЗ «Северо-Енисейская районная больница»	1,00
105	КГБУЗ «Сосновоборская городская больница»	1,00
106	КГБУЗ «Степновская участковая больница»	1,00
107	КГБУЗ «Сухобузимская районная больница»	1,00
108	КГБУЗ «Таймырская межрайонная больница»	1,00
109	КГБУЗ «Таймырская районная больница № 1»	1,00
110	КГБУЗ «Тасеевская районная больница»	1,00
111	КГБУЗ «Туринская межрайонная больница»	1,00
112	КГБУЗ «Туруханская районная больница»	1,00
113	КГБУЗ «Тюхтетская районная больница»	1,00
114	КГБУЗ «Ужурская районная больница»	1,00
115	НУЗ «Узловая поликлиника на ст. Уяр ОАО «РЖД»	1,00
116	КГБУЗ «Уярская районная больница»	1,00
117	ФГБУ «Федеральный Сибирский научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства»	1,00
118	ФГБУ «Федеральный Сибирский научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства» Клиническая	1,00

№ п/п	Наименование медицинской организации	Коэффициент дифференциации на содержание имущества (КДси)
	больница № 42 (филиал)	
119	ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Красноярскому краю»	1,00
120	КГБУЗ «Чуноярская участковая больница»	1,00
121	КГБУЗ «Шарыповская городская больница»	1,00
122	КГБУЗ «Шарыповская районная больница»	1,00
123	КГБУЗ «Шушенская районная больница»	1,00
124	КГАУЗ «Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 2»	1,00
125	КГАУЗ «Назаровская городская стоматологическая поликлиника»	1,00
126	КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 7»	1,50
127	ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России»	1,50
128	НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст. Красноярск ОАО "РЖД" Передвижной консультативно-диагностический центр	1,50

№ п/п	Наименование медицинской организации	Коэффициент дифференциации на содержание имущества (КДси)
	"Доктор Войно-Ясенецкий (св.Лука)"	
129	КГБУЗ «Норильский межрайонный родильный дом»	1,50
130	КГБУЗ «Красноярская краевая офтальмологическая клиническая больница имени профессора П.Г. Макарова»	1,70
131	КГБУЗ «Красноярский краевой госпиталь для ветеранов войн»	1,70
132	КГБУЗ «Красноярский краевой Центр медицинской профилактики»	1,70
133	КГБУЗ «Краевая клиническая больница»	2,10
134	КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница №20 имени И.С. Берзона»	2,10
135	КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»	2,80
136	КГБУЗ "Красноярская межрайонная клиническая больница № 4"	2,80
137	КГБУЗ «Норильская городская больница № 2»	9,00

3.3.3.2. Тарифы на медицинские услуги «Центров здоровья».

Код	Посещения	Тариф, руб.
	Тарифы на медицинские услуги Центров здоровья для взрослого населения	
	Первичное (законченный случай)	769,0
	Первичное (законченный случай)*	836,8
	Динамическое наблюдение	555,2
	Школа здоровья	134,8

Код	Посещения	Тариф, руб.
	Тарифы на медицинские услуги Центров здоровья для детей	
	Первичное (законченный случай)	680,2
	Первичное (законченный случай)**	994,1
	Динамическое наблюдение	316,9
	Школа здоровья	134,0

Медицинские организации, которым разрешено применение тарифов Центров здоровья, на базе которых созданы и функционируют кабинеты стоматологии профилактической и организована работа медицинской сестры офтальмологического кабинета:

* КГБУЗ "Красноярская межрайонная поликлиника №5, КГБУЗ "Красноярская межрайонная поликлиника №1", КГБУЗ "Ачинская межрайонная больница", КГБУЗ "Норильская межрайонная поликлиника №1", КГБУЗ "Красноярская городская поликлиника №14", КГБУЗ "Минусинская межрайонная больница", КГБУЗ "Красноярская межрайонная больница №3"

** КГБУЗ "Красноярская городская детская поликлиника №2", КГБУЗ "Красноярская городская детская больница № 8", КГБУЗ "Назаровская районная больница"

К тарифам на медицинские услуги «Центров здоровья» применяются коэффициенты дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края (раздел 3.1.1.).

3.3.3.3. Тарифы для оплаты диспансеризации определенных групп взрослого населения.

Тарифы за законченный случай первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения.

№ п/п	Медицинские мероприятия / исследования	Условие	Стоимость, руб.
1.	Осмотр врачами-специалистами		
1.1.	A01.30.009 опрос (анкетирование), антропометрия (измерение роста стоя, массы тела,	всем	431

№ п/п	Медицинские мероприятия / исследования	Условие	Стоимость, руб.
	окружности талии), расчет индекса массы тела, измерение артериального давления		
1.2.	В 04.069.000.000.005 осмотр фельдшером (акушеркой), включая взятие мазка (соскоба) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на цитологическое исследование	(для женщин в возрасте от 21 года до 69 лет включительно)	243
1.3.	В 04.023.002 прием (осмотр) врача-терапевта, включающий установление диагноза, определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения, проведение краткого профилактического консультирования, включая рекомендации по здоровому питанию, уровню физической активности, отказу от курения табака и пагубного потребления алкоголя, определение медицинских показаний для обследований и консультаций в рамках второго этапа диспансеризации, определение относительного суммарного сердечно-сосудистого риска, определение абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска у граждан, не имеющих заболеваний, связанных с атеросклерозом	всем	431
1.4.	измерение внутриглазного давления	(для граждан в возрасте 39 лет и старше);	243
2.	Функциональные и лабораторные исследования		
2.1.	А 09.05.026 определение уровня общего холестерина в крови (допускается использование экспресс-метода)	всем	50
2.2.	А 09.05.023 определение уровня глюкозы в крови экспресс-методом (допускается лабораторный метод)	всем	50
2.3.	А 05.10.006 электрокардиографию в покое		60
2.4.		для мужчин в возрасте старше 35 лет, а для мужчин в возрасте до 35 лет - при первичном прохождении диспансеризации)	60
2.5.		для женщин в возрасте 45 лет и старше, а для женщин в возрасте до 45 лет - при первичном прохождении диспансеризации	60
2.6.	А06.09.006 флюорографию легких	всем	70
2.7.	А06.20.004 маммографию обеих молочных желез	(для женщин в возрасте от 39 до 75 лет)	500
2.8.	В03.016.002 клинический анализ крови (в объеме не менее определения концентрации гемоглобина в эритроцитах, количества лейкоцитов и скорости оседания эритроцитов)	всем	80
2.9.	В 03.016.003 клинический анализ крови развернутый	(для граждан в возрасте от 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет вместо клинического анализа крови)	100
2.10.	В 03.016.004 анализ крови биохимический общетерапевтический (в объеме не менее определения уровня креатинина, общего билирубина, аспартат-аминотрансминазы, аланин-аминотрансминазы, глюкозы, холестерина)	(для граждан в возрасте 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет вместо исследований, предусмотренных подпунктами 4 и 5 настоящего пункта);	450
2.11.	В 03.016.006 общий анализ мочи;	всем	50
2.12.	А 09.19.001 исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом (допускается проведение бензидиновой или гваяковой пробы)	(для граждан в возрасте от 48 до 75 лет);	50
2.13.	А 04.16.001 ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) органов брюшной полости (комплексное)	всем в возрасте 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет	800
2.14.	А 04.28.002.001 УЗИ почек	всем в возрасте 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет	500
2.15.	А 04.20.001.001 УЗИ матки и яичников	для женщин в возрасте 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет	500
2.16.	А 04.21.001.001 УЗИ предстательной железы	для мужчин в возрасте 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет	800
2.17.	УЗИ брюшной аорты с целью исключения аневризмы однократно	для мужчин в возрасте 69 или 75 лет	205
2.18.	А 09.20.001 Цитологическое исследование мазка из цервикального канала	(для женщин в возрасте от 21 года до 69 лет включительно)	100

Пол	Возраст	Стоимость, руб.
мужской	21, 24, 27, 30, 33	1 161
мужской	42, 78, 84, 90, 96	1 464
мужской	36	1 221
мужской	48, 54, 60, 66, 72	1 514
мужской	39, 45, 81, 87, 93, 99	4 114
мужской	51, 57, 63	4 164

Пол	Возраст	Стоимость, руб.
мужской	69, 75	4 369
женский	21, 24, 27, 30, 33, 36	1 504
женский	78, 84, 90, 96	1 464
женский	42	2 248
женский	72	2 014
женский	48, 54, 60, 66	2 358

Пол	Возраст	Стоимость, руб.
женский	81, 87, 93, 99	3 814
женский	39	4 598
женский	45	4 658

Пол	Возраст	Стоимость, руб.
женский	69	4 708
женский	75	4 364
женский	51,57,63	4 708

Тарифы за законченный случай первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, проводимой мобильными медицинскими бригадами.

Пол	Возраст	Стоимость, руб.
мужской	21, 24, 27, 30, 33	1 247
мужской	42, 78, 84, 90, 96	1 575
мужской	36	1 307
мужской	48, 54, 60, 66, 72	1 625
мужской	39, 45, 81, 87, 93, 99	4 225
мужской	51, 57, 63	4 275
мужской	69, 75	4 480
женский	21, 24, 27, 30, 33, 36	1 615
женский	78, 84, 90, 96	1 575

Пол	Возраст	Стоимость, руб.
женский	42	2 383
женский	72	2 125
женский	48, 54, 60, 66	2 493
женский	81, 87, 93, 99	3 925
женский	39	4 733
женский	45	4 793
женский	69	4 843
женский	75	4 475
женский	51,57,63	4 843

Тарифы за фактически выполненные посещения и диагностические исследования, проводимые на втором этапе диспансеризации определенных групп взрослого населения.

Второй этап диспансеризации													
Прием (осмотр) врача-терапевта*	Осмотр (консультация) врачом-неврологом	Осмотр (консультация) врачом-хирургом или врачом-колопроктологом	Осмотр (консультация) врачом-офтальмологом	Осмотр (консультация) врачом-оториноларингологом	Осмотр (консультация) врачом-акушером - гинекологом	Осмотр (консультация) врачом-хирургом или врачом-урологом	Анализ крови на уровень содержания простатспецифического антигена	Определение липидного спектра крови	Определение концентрации гликированного гемоглобина в крови	Дуплексное сканирование брахицефальных артерий	Эзофагогастродуоденоскопия	Колоноскопия или ректороманоскопия	Спирометрия
430,6	510,73	499,8	306,5	357,5	601,0	371,2	A09.05.130 150	A09.05.024 250	A09.05.083.00 0.283 250	A04.12.000.000.023 1000	A03.16.001 800	A03.19.000.000.004 800	A12.09.001 250

Тарифы на оплату углубленного профилактического консультирования, группового профилактического консультирования (школа пациента) в рамках проведения второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения.

Код услуги	Наименование услуги	Стоимость, рублей
B04.069.000.000.009	Углубленное профилактическое консультирование в рамках проведения второго этапа диспансеризации	384
B04.069.000.000.010	Групповое профилактическое консультирование (школа пациента) в рамках проведения второго этапа диспансеризации	105

3.3.3.4. Тарифы для оплаты профилактических медицинских осмотров взрослого населения

№ п/п	Медицинские мероприятия/ исследования	Возраст	Тариф, руб.
1	опрос (анкетирование) в целях выявления хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача; антропометрию (измерение роста стоя, массы тела, окружности талии), расчет индекса массы тела; измерение артериального давления	все	431
2	определение уровня общего холестерина в крови экспресс-методом (допускается лабораторный метод)	все	50
3	исследование уровня глюкозы в крови экспресс-методом (допускается лабораторный метод)	все	50
4	флюорографию легких	все	70

№ п/п	Медицинские мероприятия/ исследования	Возраст	Тариф, руб.
5	маммографию (для женщин)	с 39	500
6	клинический анализ крови (минимальный объем исследования включает: определение концентрации гемоглобина в эритроцитах, количества лейкоцитов и скорости оседания эритроцитов)	всем	80
7	исследование кала на скрытую кровь	с 45	50
8	прием (осмотр) врача-терапевта, включающий определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения (у врача-терапевта или у врача (фельдшера) кабинета медицинской профилактики), краткое профилактическое консультирование, при наличии медицинских показаний направление граждан для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение	все	431

Тарифы за законченный случай профилактических медицинских осмотров взрослого населения		Стоимость, руб.
1	2	3
до 38 лет	женщины	1 061
	мужчины	1 061
39 лет	женщины	1 561
	мужчины	1 061

Тарифы за законченный случай профилактических медицинских осмотров взрослого населения		Стоимость, руб.
1	2	3
с 40 до 44	женщины	1 611
	мужчины	1 111
с 45 лет и старше	женщины	1 661
	мужчины	1 161

3.3.3.5. Тарифы для оплаты диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью.

№ п/п	Медицинские мероприятия/ исследования	Возраст, с которого производится осмотр/исследование	Стоимость, рублей
I.	Осмотр врачами-специалистами		
1.1.	V04.031.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-педиатра	с 0	487
1.2.	V04.023.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога	с 0	383
1.3.	V04.029.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога	с 0	230
1.4.	V04.010.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга	с 0	375
1.5.	V04.028.02 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога	с 0	268
1.6.	V04.001.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога	с 0	451
1.7.	V04.064.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского	с 0	202
1.8.	V04.050.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда	с 0	375
1.9.	V04.035.004 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-детского психиатра*	с 3 лет	
1.10.	V04.053.004 Прием (осмотр, консультация) врача-детского уролога-андролога профилактический	с 0	303
1.11.	V04.058.003 Прием (осмотр, консультация) врача-детского эндокринолога профилактический	с 0	724
II.	Функциональные и лабораторные исследования		
2.1.	V03.016.002 Общий (клинический) анализ крови	с 0	80
2.2.	V03.016.006 Анализ мочи общий	с 0	50
2.3.	A09.05.023 Исследование уровня глюкозы в крови	с 0	50
2.4.	A05.10.006 Регистрация электрокардиограммы	с 0	60
2.5.	A06.09.006 Флюорография легких	с 15 лет	70
2.6.	A04.16.001 Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексно)	с 0	800
2.7.	A04.11.001 Ультразвуковое исследование средостения	с 0	500
2.8.	A04.22.001 Ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез	с 7 лет	500
2.9.	A04.20.001 Ультразвуковое исследование матки и придатков трансабдоминальное	с 7 лет	500
2.10.	A04.28.003 Ультразвуковое исследование органов мошонки	с 7 лет	500
2.11.	A04.23.001 Нейросонография	от 0 до года	250
2.12.	A04.04.001.000.005 Ультразвуковое исследование тазобедренного сустава	от 0 до года	500

№ п/п	Возраст/пол	Стоимость, руб.
1	2	3
1	от 0 до года	
		девочки
	мальчики	3 411
2	2 года	
		девочки
	мальчики	2 661
3	3,4 года	
		девочки
	мальчики	2 863

№ п/п	Возраст/пол	Стоимость, руб.
1	2	3
4	5,6 лет	
		девочки
	мальчики	3 587
5	от 7 лет до 14 лет	
		девочки
	мальчики	5 887
6	от 15 до 17 лет	
		девочки
	мальчики	5 957

3.3.3.6. Тарифы на проведение профилактических, предварительных и периодических медицинских осмотров несовершеннолетних.

Тарифы на проведение профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних.

Возрастные периоды, в которые проводятся профилактические медицинские осмотры	Наименование осмотра/исследования	Стоимость, руб.
Новорожденные	B04.031.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-педиатра	487,0
	СТОИМОСТЬ ОСМОТРА	487,0
1 месяц	B04.031.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-педиатра	487,0
	B04.023.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога	383,0
	B04.010.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга	374,9
	B04.029.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога	229,9
	A04.16.001 Ультразвуковое исследование органов брюшной полости*	800,0
	A04.11.001 Ультразвуковое исследование средостения	500,0
	A04.04.001.000.005 Ультразвуковое исследование тазобедренного сустава*	500,0
	A04.23.001 Нейросонография*	250,0
	СТОИМОСТЬ ОСМОТРА	3 524,8
2,4,5,7, 8, 10, 11 месяцев, 1 год 3 месяца, 1 год 9 месяцев, 2 года 6 месяцев	B04.031.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-педиатра	487,0
	СТОИМОСТЬ ОСМОТРА	487,0
3 месяца	B04.031.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-педиатра	487,0
	B04.023.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога	383,0
	B04.050.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда	374,9
	B03.016.002 Общий (клинический) анализ крови**	80,0
	B 03.016.006 Анализ мочи общий**	50,0
	СТОИМОСТЬ ОСМОТРА	1 374,9
6 месяцев	B04.031.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-педиатра	487,0
	B04.010.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга	374,9
	B04.023.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога	383,0
	B03.016.002 Общий (клинический) анализ крови**	80,0
	B 03.016.006 Анализ мочи общий**	50,0
	СТОИМОСТЬ ОСМОТРА	1 374,9
9 месяцев, 1 год 6 месяцев	B04.031.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-педиатра	487,0
	B03.016.002 Общий (клинический) анализ крови**	80,0
	B 03.016.006 Анализ мочи общий**	50,0
	СТОИМОСТЬ ОСМОТРА	617,0
12 месяцев	B04.031.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-педиатра	487,0

Возрастные периоды, в которые проводятся	Наименование осмотра/исследования	Стоимость, руб.	
	B04.023.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога	383,0	
	B04.010.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга	374,9	
	B04.064.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского	202,4	
	B04.029.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога	229,9	
	B04.028.02 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога	268,1	
	B03.016.002 Общий (клинический) анализ крови**	80,0	
	B 03.016.006 Анализ мочи общий**	50,0	
	A09.05.023 Исследование уровня глюкозы в крови*	50,0	
	A05.10.006 Регистрация электрокардиограммы**	60,0	
		СТОИМОСТЬ ОСМОТРА	2 185,3
2 года	B04.031.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-педиатра	487,0	
	B04.064.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского	202,4	
	B03.016.002 Общий (клинический) анализ крови**	80,0	
	B 03.016.006 Анализ мочи общий**	50,0	
		СТОИМОСТЬ ОСМОТРА	819,4
3 года	B04.031.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-педиатра	487,0	
	B04.023.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога	383,0	
	B04.010.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга	374,9	
	B04.064.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского	202,4	
	B04.029.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога	229,9	
	B04.028.02 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога	268,1	
	B04.001.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога	450,8	
	B04.053.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-уролога	303,3	
	B03.016.002 Общий (клинический) анализ крови**	80,0	
	B 03.016.006 Анализ мочи общий**	50,0	
	A09.05.023 Исследование уровня глюкозы в крови*	50,0	
		СТОИМОСТЬ ОСМОТРА: мальчики	2 428,6
		СТОИМОСТЬ ОСМОТРА: девочки	2 576,1
4 года, 5 лет	B04.031.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-педиатра	487,0	
	B04.010.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга	374,9	
	B03.016.002 Общий (клинический) анализ крови**	80,0	
	B 03.016.006 Анализ мочи общий**	50,0	
		СТОИМОСТЬ ОСМОТРА	991,9
6 лет	B04.031.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-педиатра	487,0	
	B04.023.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога	383,0	
	B04.029.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога	229,9	
	B04.064.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского	202,4	
	B03.016.002 Общий (клинический) анализ крови**	80,0	
	B 03.016.006 Анализ мочи общий**	50,0	
	A09.05.023 Исследование уровня глюкозы в крови*	50,0	
	СТОИМОСТЬ ОСМОТРА	1 482,4	
7 лет	B04.031.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-педиатра	487,0	
	B04.023.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога	383,0	
	B04.010.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга	374,9	
	B04.064.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского	202,4	
	B04.050.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда	374,9	
	B04.029.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога	229,9	
	B04.028.02 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога	268,1	
	B04.001.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога	450,8	
	B04.053.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-уролога	303,3	
	B03.016.002 Общий (клинический) анализ крови**	80,0	

Возрастные периоды, в которые проводятся	Наименование осмотра/исследования	Стоимость, руб.
	В 03.016.006 Анализ мочи общий**	50,0
	A09.05.023 Исследование уровня глюкозы в крови*	50,0
	A04.16.001 Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексно)*	800,0
	A04.11.001 Ультразвуковое исследование средостения	500,0
	A04.22.001 Ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез*	500,0
	A04.20.001 Ультразвуковое исследование матки и придатков трансабдоминальное*	500,0
	A04.28.003 Ультразвуковое исследование органов мошонки*	500,0
	A05.10.006 Регистрация электрокардиограммы**	60,0
	СТОИМОСТЬ ОСМОТРА: мальчики	5 163,5
	СТОИМОСТЬ ОСМОТРА: девочки	5 311,0
8 лет, 9 лет, 13 лет	B04.031.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-педиатра	487,0
	B03.016.002 Общий (клинический) анализ крови**	80,0
	В 03.016.006 Анализ мочи общий**	50,0
	A09.05.023 Исследование уровня глюкозы в крови*	50,0
	СТОИМОСТЬ ОСМОТРА	667,0
10 лет	B04.031.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-педиатра	487,0
	B04.023.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога	383,0
	B04.010.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга	374,9
	B04.064.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского	202,4
	B04.058.003 Прием (осмотр, консультация) врача-детского эндокринолога профилактический	723,9
	B04.050.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда	374,9
	B04.029.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога	229,9
	B04.028.02 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога	268,1
	B03.016.002 Общий (клинический) анализ крови**	80,0
	В 03.016.006 Анализ мочи общий**	50,0
	A05.10.006 Регистрация электрокардиограммы**	60,0
	A09.05.023 Исследование уровня глюкозы в крови*	50,0
	СТОИМОСТЬ ОСМОТРА	3 284,1
11 лет	B04.031.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-педиатра	487,0
	B04.010.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга	374,9
	B04.029.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога	229,9
	B03.016.002 Общий (клинический) анализ крови**	80,0
	В 03.016.006 Анализ мочи общий**	50,0
	A09.05.023 Исследование уровня глюкозы в крови*	50,0
СТОИМОСТЬ ОСМОТРА	1 271,7	
12 лет	B04.031.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-педиатра	487,0
	B04.001.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога	450,8
	B04.053.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-уролога	303,3
	B03.016.002 Общий (клинический) анализ крови**	80,0
	В 03.016.006 Анализ мочи общий**	50,0
	СТОИМОСТЬ ОСМОТРА: мальчики	920,3
СТОИМОСТЬ ОСМОТРА: девочки	1 067,8	
14 лет	B04.031.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-педиатра	487,0
	B04.064.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского	202,4
	B04.053.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-уролога	303,3
	B04.058.003 Прием (осмотр, консультация) врача-детского эндокринолога профилактический	723,9
	B04.023.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога	383,0
	B04.029.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога	229,9
	B04.028.02 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога	268,1
	B04.001.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога	450,8
B03.016.002 Общий (клинический) анализ крови**	80,0	

Возрастные периоды, в которые проводятся	Наименование осмотра/исследования	Стоимость, руб.
	В 03.016.006 Анализ мочи общий**	50,0
	A09.05.023 Исследование уровня глюкозы в крови*	50,0
	A04.16.001 Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексно)*	800,0
	A04.11.001 Ультразвуковое исследование средостения	500,0
	A05.10.006 Регистрация электрокардиограммы**	60,0
	A04.22.001 Ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез*	500,0
	A04.20.001 Ультразвуковое исследование матки и придатков трансабдоминальное*	500,0
	A04.28.003 Ультразвуковое исследование органов мошонки*	500,0
	СТОИМОСТЬ ОСМОТРА: мальчики	5 137,7
	СТОИМОСТЬ ОСМОТРА: девочки	5 285,2
15, 16,17 лет	B04.031.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-педиатра	487,0
	B04.010.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга	374,9
	B04.064.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского	202,4
	B04.053.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-уролога	303,3
	B04.058.003 Прием (осмотр, консультация) врача-детского эндокринолога профилактический	723,9
	B04.023.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога	383,0
	B04.050.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда	374,9
	B04.029.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога	229,9
	B04.028.02 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога	268,1
	B04.001.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога	450,8
	B03.016.002 Общий (клинический) анализ крови**	80,0
	В 03.016.006 Анализ мочи общий**	50,0
	A09.05.023 Исследование уровня глюкозы в крови*	50,0
	A05.10.006 Регистрация электрокардиограммы**	60,0
	A 06.09.006 Флюорография легких**	70,0
	СТОИМОСТЬ ОСМОТРА: мальчики	3 657,4
	СТОИМОСТЬ ОСМОТРА: девочки	3 804,9

Тарифы на проведение предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних.

Возрастные периоды, в которые проводятся профилактические медицинские осмотры	Наименование осмотра/исследования	Стоимость, руб.
Дошкольные образовательные учреждения	B04.031.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-педиатра	487,0
	B04.023.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога	383,0
	B04.010.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга	374,9
	B04.064.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского	202,4
	B04.029.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога	229,9
	B04.028.02 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога	268,1
	B04.001.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога	450,8
	B04.053.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-уролога	303,3
	B03.016.002 Общий (клинический) анализ крови**	80,0
	В 03.016.006 Анализ мочи общий**	50,0
	A09.05.023 Исследование уровня глюкозы в крови*	50,0
СТОИМОСТЬ ОСМОТРА: мальчики	2 428,6	
СТОИМОСТЬ ОСМОТРА: девочки	2 576,1	
Общеобразовательные (начального общего, основного общего (полного) общего образования) общеобразовательные учреждения	B04.031.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-педиатра	487,0
	B04.023.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога	383,0
	B04.010.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга	374,9
	B04.064.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского	202,4
	B04.050.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда	374,9

Возрастные периоды, в которые проводятся	Наименование осмотра/исследования	Стоимость, руб.	
Возрастные периоды, в которые проводятся	V04.029.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога	229,9	
	V04.028.02 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога	268,1	
	V04.001.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога	450,8	
	V04.053.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-уролога	303,3	
	V03.016.002 Общий (клинический) анализ крови**	80,0	
	V 03.016.006 Анализ мочи общий**	50,0	
	A09.05.023 Исследование уровня глюкозы в крови*	50,0	
	A04.16.001 Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексно)*	800,0	
	A04.11.001 Ультразвуковое исследование средостения	500,0	
	A04.22.001 Ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез*	500,0	
	A04.20.001 Ультразвуковое исследование матки и придатков трансабдоминальное	500,0	
	A04.28.003 Ультразвуковое исследование органов мошонки	500,0	
	A05.10.006 Регистрация электрокардиограммы**	60,0	
	СТОИМОСТЬ ОСМОТРА: мальчики	5 163,5	
	СТОИМОСТЬ ОСМОТРА: девочки	5 311,0	
	Образовательные учреждения начального профессионального, среднего профессионального, высшего профессионального образования, специальные (коррекционные) образовательные учреждения для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья, общеобразовательные учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (законных представителей)	V04.031.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-педиатра	487,0
		V04.010.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга	374,9
V04.064.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского		202,4	
V04.053.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-уролога		303,3	
V04.058.003 Прием (осмотр, консультация) врача-детского эндокринолога профилактический		229,9	
V04.023.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога		383,0	
V04.050.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда		374,9	
V04.029.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога		229,9	
V04.028.02 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога		268,1	
V04.001.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога		450,8	
V03.016.002 Общий (клинический) анализ крови**		80,0	
V 03.016.006 Анализ мочи общий**		50,0	
A09.05.023 Исследование уровня глюкозы в крови*		50,0	
A04.16.001 Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексно)*		800,0	
A04.11.001 Ультразвуковое исследование средостения		500,0	
A04.22.001 Ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез*		500,0	
A04.20.001 Ультразвуковое исследование матки и придатков трансабдоминальное		500,0	
A04.28.003 Ультразвуковое исследование органов мошонки		500,0	
A05.10.006 Регистрация электрокардиограммы**		60,0	
A 06.09.006 Флюорография легких**		70,0	
СТОИМОСТЬ ОСМОТРА: мальчики		5 463,4	
СТОИМОСТЬ ОСМОТРА: девочки		5 610,8	

Тарифы на проведение периодических медицинских осмотров несовершеннолетних.

Возрастные периоды, в которые проводятся периодические медицинские осмотры	Наименование осмотра/исследования	Стоимость, руб.
Дошкольные образовательные учреждения	V04.031.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-педиатра	487,03
	V03.016.002 Общий (клинический) анализ крови**	80,00
	V 03.016.006 Анализ мочи общий**	50,00
	СТОИМОСТЬ ОСМОТРА	617,03
Общеобразовательные (начального общего, основного общего (полного) общего образования) общеобразовательные учреждения	V04.031.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-педиатра	487,03
	V03.016.002 Общий (клинический) анализ крови**	80,00
	V 03.016.006 Анализ мочи общий**	50,00

	СТОИМОСТЬ ОСМОТРА	617,03
Образовательные учреждения начального профессионального, среднего профессионального, высшего профессионального образования, специальные (коррекционные) образовательные учреждения для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья, общеобразовательные учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (законных представителей)	В04.031.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-педиатра	487,03
	В03.016.002 Общий (клинический) анализ крови**	80,00
	В 03.016.006 Анализ мочи общий**	50,00
	СТОИМОСТЬ ОСМОТРА	617,03

3.3.4. ПОЛОВОЗРАСТНЫЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ПОДУШЕВОГО НОРМАТИВА.

п/№	Показатель	ИТОГО	в том числе по группам застрахованных лиц									
			дети						трудоспособный возраст		старше трудоспособного возраста	
			0-1 года		1-4 лет		5 - 17		18 - 59	18 - 54	60 лет и старше	55 лет и старше
			Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	м	ж	м	ж	м	ж
1	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	Стоимость амбулаторной поликлинической помощи в 2017 году (тыс.руб.)	11 189 482,21	222 147,53	206 938,23	669 992,98	623 617,92	1 223 073,01	1 238 363,84	1 585 221,10	2 800 498,58	645 296,58	1 974 332,44
2	Численность прикрепленных на 01.12.2016 (чел.)	2 943 450	19 182	18 225	83 506	78 982	218 387	207 963	857 639	795 579	193 986	470 001
3	Потребление МП на 1 застрахованного (руб.)	3 801,49	11 581,04	11 354,64	8 023,29	7 895,70	5 600,48	5 954,73	1 848,35	3 520,08	3 326,51	4 200,70
4	Относительные Коэффициенты потребления по полу и возрасту по Красноярскому краю (Кпв)	1,000	3,046	2,987	2,111	2,077	1,473	1,566	0,486	0,926	0,875	1,105

3.4. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ.

3.4.1. СРЕДНИЙ РАЗМЕР ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ, УЧАСТВУЮЩИМИ В РЕАЛИЗАЦИИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, В РАСЧЕТЕ НА ОДНО ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования Красноярского края, составляет 6 540,8 рублей.

3.4.2. ПЕРЕЧЕНЬ ГРУПП ЗАБОЛЕВАНИЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП.

Распределение КСГ заболеваний по профилям медицинской деятельности (КПГ) и рекомендуемые коэффициенты относительной затратоемкости КСГ/КПГ для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (письмо МЗ РФ №11-8/10/2-8266, ФФОМС №12578/26/и от 22.12.2016 года).

№ КПГ	№ КСГ	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ
1		Акушерское дело	0,50
	1	Беременность без патологии, родовая госпитализация в отделение сестринского ухода	0,50
2		Акушерство и гинекология	0,80
	2	Осложнения, связанные с беременностью	0,93
	3	Беременность, закончившаяся абортным исходом	0,28
	4	Родоразрешение	0,98
	5	Кесарево сечение	1,01
	6	Осложнения послеродового периода	0,74
	7	Послеродовой сепсис	3,21
	8	Воспалительные болезни женских половых органов	0,71
	9	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	0,89
	10	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов	0,46
	11	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,39
	12	Операции на женских половых органах (уровень 2)	0,58
	13	Операции на женских половых органах (уровень 3)	1,17
	14	Операции на женских половых органах (уровень 4)	2,20
3		Аллергология и иммунология	0,34
	15	Нарушения с вовлечением иммунного механизма	1,15

№ КППГ	№ КСГ	Профиль (КППГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КППГ
	16	Ангионевротический отек, анафилактический шок	0,27
4		Гастроэнтерология	1,04
	17	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки	0,89
	18	Воспалительные заболевания кишечника	2,01
	19	Болезни печени, невирусные (уровень 1)	0,86
	20	Болезни печени, невирусные (уровень 2)	1,21
	21	Болезни поджелудочной железы	0,93
5		Гематология	1,37
	22	Анемии (уровень 1)	1,12
	23	Анемии (уровень 2)	1,49
	24	Анемии (уровень 3)	5,32
	25	Нарушения свертываемости крови	1,04
	26	Другие болезни крови и кроветворных органов	1,09
6		Дерматология	0,80
	27	Редкие и тяжелые дерматозы	1,72
	28	Среднетяжелые дерматозы	0,74
	29	Легкие дерматозы	0,36
7		Детская кардиология	1,84
	30	Врожденные аномалии сердечно-сосудистой системы, дети	1,84
8		Детская онкология	4,59
	31	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети	7,82
	32	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети	5,68
	33	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети	4,37
9		Детская урология-андрология	1,15
	34	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1)	0,97
	35	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 2)	1,11
	36	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 3)	1,97
	37	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 4)	2,78
	38	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 1)	1,15
	39	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 2)	1,22
	40	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 3)	1,78
	41	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4)	2,23
	42	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5)	2,36
	43	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6)	4,28
10		Детская хирургия	1,10
	44	Детская хирургия (уровень 1)	2,95
	45	Детская хирургия (уровень 2)	5,33
	46	Аппендэктомия, дети (уровень 1)	0,77
	47	Аппендэктомия, дети (уровень 2)	0,97
	48	Операции по поводу грыж, дети (уровень 1)	0,88
	49	Операции по поводу грыж, дети (уровень 2)	1,05
	50	Операции по поводу грыж, дети (уровень 3)	1,25
11		Детская эндокринология	1,48

№ КППГ	№ КСГ	Профиль (КППГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КППГ
	51	Сахарный диабет, дети	1,51
	52	Заболевания гипофиза, дети	2,26
	53	Другие болезни эндокринной системы, дети (уровень 1)	1,38
	54	Другие болезни эндокринной системы, дети (уровень 2)	2,82
12		Инфекционные болезни	0,65
	55	Кишечные инфекции, взрослые	0,58
	56	Кишечные инфекции, дети	0,62
	57	Вирусный гепатит острый	1,40
	58	Вирусный гепатит хронический	1,27
	59	Сепсис, взрослые	3,12
	60	Сепсис, дети	4,51
	61	Другие инфекционные и паразитарные болезни, взрослые	1,18
	62	Другие инфекционные и паразитарные болезни, дети	0,98
	63	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые	0,35
	64	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети	0,50
	65	Грипп, вирус гриппа идентифицирован	1,01
	66	Клещевой энцефалит	2,30
13		Кардиология	1,49
	67	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 1)	1,42
	68	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)	2,81
	69	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии	3,48
	70	Нарушения ритма и проводимости (уровень 1)	1,12
	71	Нарушения ритма и проводимости (уровень 2)	2,01
	72	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 1)	1,42
	73	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2)	2,38
14		Колопроктология	1,36
	74	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)	0,84
	75	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)	1,74
	76	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 3)	2,49
15		Неврология	1,12
	77	Воспалительные заболевания ЦНС, взрослые	0,98
	78	Воспалительные заболевания ЦНС, дети	1,55
	79	Дегенеративные болезни нервной системы	0,84
	80	Демиелинизирующие болезни нервной системы	1,33
	81	Эпилепсия, судороги (уровень 1)	0,96
	82	Эпилепсия, судороги (уровень 2)	2,01
	83	Расстройства периферической нервной системы	1,02
	84	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина	1,95
	85	Другие нарушения нервной системы (уровень 1)	0,74
	86	Другие нарушения нервной системы (уровень 2)	0,99
	87	Транзиторные ишемические приступы, сосудистые мозговые синдромы	1,15
	88	Кровоизлияние в мозг	2,82
	89	Инфаркт мозга (уровень 1)	2,52

№ КПП	№ КСГ	Профиль (КПП) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПП
	90	Инфаркт мозга (уровень 2)	3,12
	91	Инфаркт мозга (уровень 3)	4,51
	92	Другие цереброваскулярные болезни	0,82
16		Нейрохирургия	1,20
	93	Паралитические синдромы, травма спинного мозга (уровень 1)	0,98
	94	Паралитические синдромы, травма спинного мозга (уровень 2)	1,49
	95	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии	0,68
	96	Травмы позвоночника	1,01
	97	Сотрясение головного мозга	0,40
	98	Переломы черепа, внутричерепная травма	1,54
	99	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 1)	4,13
	100	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 2)	5,82
	101	Операции на периферической нервной системе (уровень 1)	1,41
	102	Операции на периферической нервной системе (уровень 2)	2,19
	103	Операции на периферической нервной системе (уровень 3)	2,42
	104	Доброкачественные новообразования нервной системы	1,02
17		Неонатология	2,96
	105	Малая масса тела при рождении, недоношенность	4,21
	106	Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость	16,02
	107	Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций	7,40
	108	Геморрагические и гемолитические нарушения у новорожденных	1,92
	109	Другие нарушения, возникшие в перинатальном периоде (уровень 1)	1,39
	110	Другие нарушения, возникшие в перинатальном периоде (уровень 2)	1,89
	111	Другие нарушения, возникшие в перинатальном периоде (уровень 3)	2,56
18		Нефрология (без диализа)	1,69
	112	Почечная недостаточность	1,66
	113	Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа	1,82
	114	Гломерулярные болезни	1,71
19		Онкология	2,24
	115	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 1)	1,98
	116	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 2)	3,66
	117	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 3)	4,05
	118	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 1)	2,45
	119	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 2)	4,24
	120	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 1)	1,40
	121	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)	2,46
	122	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 3)	3,24
	123	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)	1,09
	124	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)	1,36
	125	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 3)	1,41
	126	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 1)	1,88
	127	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 2)	1,92
	128	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 1)	2,29

№ КПП	№ КСГ	Профиль (КПП) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПП
	129	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 2)	3,12
	130	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 1)	1,96
	131	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 2)	2,17
	132	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 1)	2,02
	133	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 2)	2,57
	134	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 3)	3,14
	135	Другие операции при злокачественном новообразовании брюшной полости	2,48
	136	Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения	0,50
	137	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях при злокачественных новообразованиях	1,91
	138	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 1)	2,88
	139	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 2)	4,25
	140	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 1)	2,56
	141	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 2)	3,60
	142	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые	4,27
	143	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые	3,46
	144	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) (уровень 1), доброкачественных заболеваний крови и пузырьном заносе	2,05
	145	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) (уровень 2)	2,80
	146	Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы	7,92
	147	Лучевая терапия (уровень 1)	2,00
	148	Лучевая терапия (уровень 2)	2,21
	149	Лучевая терапия (уровень 3)	3,53
20		Оториноларингология	0,87
	150	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ уха, горла, носа, полости рта	0,66
	151	Средний отит, мастоидит, нарушения вестибулярной функции	0,47
	152	Другие болезни уха	0,61
	153	Другие болезни и врожденные аномалии верхних дыхательных путей, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания, нарушения речи	0,71
	154	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)	0,84
	155	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)	0,91
	156	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)	1,10
	157	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)	1,35
	158	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 5)	1,96
	159	Замена речевого процессора	25,00
21		Офтальмология	0,92
	160	Операции на органе зрения (уровень 1)	0,49
	161	Операции на органе зрения (уровень 2)	0,79
	162	Операции на органе зрения (уровень 3)	1,07
	163	Операции на органе зрения (уровень 4)	1,19
	164	Операции на органе зрения (уровень 5)	2,11
	165	Операции на органе зрения (уровень 6)	2,33

№ КППГ	№ КСГ	Профиль (КППГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КППГ
	166	Болезни глаза	0,51
	167	Травмы глаза	0,66
22		Педиатрия	0,80
	168	Нарушения всасывания, дети	1,11
	169	Другие болезни органов пищеварения, дети	0,39
	170	Воспалительные артропатии, спондилопатии, дети	1,85
	171	Врожденные аномалии головного и спинного мозга, дети	2,12
23		Пульмонология	1,31
	172	Другие болезни органов дыхания	0,85
	173	Интерстициальные болезни легких, врожденные аномалии развития легких, бронхо-легочная дисплазия, дети	2,48
	174	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ органов дыхания, других и неуточненных органов грудной клетки	0,91
	175	Пневмония, плеврит, другие болезни плевры	1,29
	176	Астма, взрослые	1,11
	177	Астма, дети	1,25
24		Ревматология	1,44
	178	Системные поражения соединительной ткани	1,78
	179	Артропатии и спондилопатии	1,67
	180	Ревматические болезни сердца (уровень 1)	0,87
	181	Ревматические болезни сердца (уровень 2)	1,57
25		Сердечно-сосудистая хирургия	1,18
	182	Флебит и тромбоз, варикозное расширение вен нижних конечностей	0,85
	183	Другие болезни, врожденные аномалии вен	1,32
	184	Болезни артерий, артериол и капилляров	1,05
	185	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы	1,01
	186	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 1)	2,11
	187	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 2)	3,97
	188	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 3)	4,31
	189	Операции на сосудах (уровень 1)	1,20
	190	Операции на сосудах (уровень 2)	2,37
	191	Операции на сосудах (уровень 3)	4,13
	192	Операции на сосудах (уровень 4)	6,08
	193	Операции на сосудах (уровень 5)	7,12
26		Стоматология детская	0,79
	194	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети	0,79
27		Терапия	0,77
	195	Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	0,74
	196	Новообразования доброкачественные, in situ, неопределенного и неуточненного характера органов пищеварения	0,69
	197	Болезни желчного пузыря	0,72
	198	Другие болезни органов пищеварения, взрослые	0,59
	199	Гипертоническая болезнь в стадии обострения	0,70
	200	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1)	0,78
	201	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 2)	2,38
	202	Другие болезни сердца (уровень 1)	0,78

№ КПП	№ КСГ	Профиль (КПП) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПП
	203	Другие болезни сердца (уровень 2)	1,54
	204	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания	0,75
	205	ХОБЛ, эмфизема, бронхоэктатическая болезнь	0,89
	206	Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1)	0,27
	207	Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 2)	0,63
	208	Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования	1,00
28		Торакальная хирургия	2,09
	209	Гнойные состояния нижних дыхательных путей	2,05
	210	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 1)	1,54
	211	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 2)	1,92
	212	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 3)	2,56
	213	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 4)	4,12
29		Травматология и ортопедия	1,37
	214	Приобретенные и врожденные костно-мышечные деформации	0,99
	215	Переломы шейки бедра и костей таза	1,52
	216	Переломы бедренной кости, другие травмы области бедра и тазобедренного сустава	0,69
	217	Переломы, вывихи, растяжения области грудной клетки, верхней конечности и стопы	0,56
	218	Переломы, вывихи, растяжения области колена и голени	0,74
	219	Множественные переломы, травматические ампутации, размозжения и последствия травм	1,44
	220	Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)	5,54
	221	Эндопротезирование суставов	4,46
	222	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)	0,79
	223	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)	0,93
	224	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)	1,37
	225	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4)	2,42
	226	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5)	3,15
30		Урология	1,20
	227	Тубулоинтерстициальные болезни почек, другие болезни мочевой системы	0,86
	228	Камни мочевой системы; симптомы, относящиеся к мочевой системе	0,49
	229	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера мочевых органов и мужских половых органов	0,64
	230	Болезни предстательной железы	0,73
	231	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов	0,67
	232	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)	1,20
	233	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2)	1,42
	234	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 3)	2,31
	235	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 4)	3,12
	236	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)	1,08
	237	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)	1,12
	238	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)	1,62
	239	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 4)	1,95
	240	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5)	2,14
	241	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6)	4,13

№ КПП	№ КСГ	Профиль (КПП) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПП
31		Хирургия	0,90
	242	Болезни лимфатических сосудов и лимфатических узлов	0,61
	243	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)	0,55
	244	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2)	0,71
	245	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3)	1,38
	246	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 4)	2,41
	247	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 1)	1,43
	248	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 2)	1,83
	249	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 3)	2,16
	250	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 1)	1,81
	251	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 2)	2,67
	252	Болезни молочной железы, новообразования молочной железы доброкачественные, in situ, неопределенного и неизвестного характера	0,73
	253	Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей	0,76
	254	Остеомиелит (уровень 1)	2,42
	255	Остеомиелит (уровень 2)	3,51
	256	Остеомиелит (уровень 3)	4,02
	257	Доброкачественные новообразования костно-мышечной системы и соединительной ткани	0,84
	258	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани	0,66
	259	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы	0,37
	260	Операции на молочной железе (кроме злокачественных новообразований)	1,19
32		Хирургия (абдоминальная)	1,20
	261	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 1)	1,15
	262	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)	1,43
	263	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 3)	3,00
	264	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 4)	4,30
	265	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 1)	2,42
	266	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2)	2,69
	267	Панкреатит, хирургическое лечение	4,12
	268	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1)	1,16
	269	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2)	1,95
	270	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 3)	2,46
	271	Аппендэктомия, взрослые (уровень 1)	0,73
	272	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)	0,91
	273	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)	0,86
	274	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)	1,24
	275	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)	1,78
	276	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)	1,13
	277	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2)	1,19
	278	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 3)	2,13
33		Хирургия (комбустиология)	1,95
	279	Отморожения (уровень 1)	1,17
	280	Отморожения (уровень 2)	2,91
	281	Ожоги (уровень 1)	1,21

№ КПП	№ КСГ	Профиль (КПП) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПП
	282	Ожоги (уровень 2)	2,03
	283	Ожоги (уровень 3)	3,54
	284	Ожоги (уровень 4)	5,21
	285	Ожоги (уровень 5)	11,12
34		Челюстно-лицевая хирургия	1,18
	286	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые	0,89
	287	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,74
	288	Операции на органах полости рта (уровень 2)	1,27
	289	Операции на органах полости рта (уровень 3)	1,63
	290	Операции на органах полости рта (уровень 4)	1,90
35		Эндокринология	1,40
	291	Сахарный диабет, взрослые (уровень 1)	1,02
	292	Сахарный диабет, взрослые (уровень 2)	1,49
	293	Заболевания гипофиза, взрослые	2,14
	294	Другие болезни эндокринной системы, взрослые (уровень 1)	1,25
	295	Другие болезни эндокринной системы, взрослые (уровень 2)	2,76
	296	Новообразования эндокринных желез доброкачественные, in situ, неопределенного и неизвестного характера	0,76
	297	Расстройства питания	1,06
	298	Другие нарушения обмена веществ	1,16
	299	Кистозный фиброз	3,32
36		Прочее	0,58
	300	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина	4,32
	301	Редкие генетические заболевания	3,50
	302	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии	5,35
	303	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения	0,32
	304	Госпитализация в диагностических целях с постановкой диагноза туберкулеза, ВИЧ-инфекции, психического заболевания	0,46
	305	Отторжение, отмирание трансплантата органов и тканей	8,40
	306	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов	2,32
37		Медицинская реабилитация	0,75
	307	Медицинская нейрореабилитация	3,00
	308	Медицинская кардиореабилитация	1,50
	309	Медицинская реабилитация после перенесенных травм и операций на опорно-двигательной системе	2,25
	310	Медицинская реабилитация детей, перенесших заболевания перинатального периода	1,50
	311	Медицинская реабилитация при других соматических заболеваниях	0,70
	312	Медицинская реабилитация детей с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации	1,80
	313	Медицинская реабилитация детей с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения	4,81
	314	Медицинская реабилитация детей с поражениями центральной нервной системы	2,75
	315	Медицинская реабилитация детей, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем	2,35

3.4.3. РАЗМЕР СРЕДНЕЙ СТОИМОСТИ ЗАКОНЧЕННОГО СЛУЧАЯ ЛЕЧЕНИЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ ВКЛЮЧЕННОГО В КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКУЮ ГРУППУ.

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в клинико-статистическую группу (базовая ставка) в стационарных условиях составляет 18 354,5 рубля.

3.4.4. ПОПРАВочНЫЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ.

3.4.4.1. Коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи.

№ п/п	Наименование медицинской организации	Уровень (подуровень) медицинской помощи	Коэффициент уровня (подуровня)
Уровень 1. Средневзвешенный коэффициент = 0,95			
1	КГБУЗ «Байкитская районная больница № 1»	1.1	0,77
2	КГБУЗ «Ванаварская районная больница № 2»	1.1	0,77
3	КГБУЗ «Городская больница ЗАТО Солнечный Красноярского края»	1.1	0,77
4	КГБУЗ «Емельяновская районная больница»	1.1	0,77
5	НУЗ «Узловая больница на ст. Саянская ОАО «РЖД»	1.1	0,77
6	КГБУЗ «Манская районная больница»	1.1	0,77
7	КГБУЗ «Назаровская районная больница № 2»	1.1	0,77
8	КГБУЗ «Степновская участковая больница»	1.1	0,77
9	КГБУЗ «Ужурская районная больница»	1.1	0,77
10	КГБУЗ «Шарыповская районная больница»	1.1	0,77
11	КГБУЗ «Абанская районная больница»	1.2	0,87
12	КГБУЗ «Казачинская районная больница»	1.2	0,87
13	КГБУЗ «Северо-Енисейская районная больница»	1.2	0,87
14	КГБУЗ «Туринская межрайонная больница»	1.2	0,87
15	КГБУЗ «Чуноярская участковая больница»	1.2	0,87
16	КГБУЗ «Березовская районная больница»	1.3	0,97
17	КГБУЗ «Дзержинская районная больница»	1.3	0,97
18	КГБУЗ «Игарская городская больница»	1.3	0,97
19	КГБУЗ «Идринская районная больница»	1.3	0,97
20	КГБУЗ «Мотыгинская районная больница»	1.3	0,97
21	КГБУЗ «Таймырская межрайонная больница №1»	1.3	0,97
22	КГБУЗ «Бирилюсская районная больница»	1.4	1,07
23	ФГБУЗ «Больница Красноярского научного центра Сибирского отделения РАН»	1.4	1,07
24	КГБУЗ «Богучанская районная больница»	1.4	1,07
25	КГБУЗ «Ермаковская районная больница»	1.4	1,07
26	КГБУЗ «Курагинская районная больница»	1.4	1,07
27	КГБУЗ «Новоселовская районная больница»	1.4	1,07
28	КГБУЗ «Таймырская межрайонная больница»	1.4	1,07
29	ФКУЗ МСЧ-24 ФСИН	1.4	1,07
30	КГБУЗ «Шарыповская городская больница»	1.4	1,07
31	КГБУЗ «Большемуртинская районная больница»	1.5	1,17
32	КГБУЗ «Большеулуйская районная больница»	1.5	1,17
33	КГБУЗ «Балахтинская районная больница»	1.5	1,17
34	КГБУЗ «Боготольская межрайонная больница»	1.5	1,17
35	КГБУЗ «Больница п. Кедровый»	1.5	1,17
36	КГБУЗ «Бородинская городская больница»	1.5	1,17
37	КГБУЗ «Енисейская районная больница»	1.5	1,17
38	КГБУЗ «Иланская районная больница»	1.5	1,17
39	КГБУЗ «Ирбейская районная больница»	1.5	1,17
40	КГБУЗ «Каратузская районная больница»	1.5	1,17

№ п/п	Наименование медицинской организации	Уровень (подуровень) медицинской помощи	Коэффициент уровня (подуровня)
41	КГБУЗ «Красноярская городская детская больница № 8»	1.5	1,17
42	КГБУЗ «Кежемская районная больница»	1.5	1,17
43	КГБУЗ «Красноярская краевая больница № 2»	1.5	1,17
44	КГБУЗ «Козульская районная больница»	1.5	1,17
45	КГБУЗ «Краснотуранская районная больница»	1.5	1,17
46	КГБУЗ «Нижнеингашская районная больница»	1.5	1,17
47	КГБУЗ «Назаровская районная больница»	1.5	1,17
48	КГБУЗ «Норильская городская больница № 3»	1.5	1,17
49	КГБУЗ «Норильская городская больница № 2	1.5	1,17
50	КГБУЗ «Партизанская районная больница»	1.5	1,17
51	КГБУЗ «Пировская районная больница»	1.5	1,17
52	КГБУЗ «Рыбинская районная больница»	1.5	1,17
53	КГБУЗ «Саянская районная больница»	1.5	1,17
54	КГБУЗ «Сосновоборская городская больница»	1.5	1,17
55	КГБУЗ «Сухобузимская районная больница»	1.5	1,17
56	КГБУЗ «Тасеевская районная больница»	1.5	1,17
57	КГБУЗ «Туруханская районная больница»	1.5	1,17
58	КГБУЗ «Тюхтетская районная больница»	1.5	1,17
59	КГБУЗ «Уярская районная больница»	1.5	1,17
60	КГБУЗ «Шушенская районная больница»	1.5	1,17
Уровень 2. Средневзвешенный коэффициент = 1,10			
61	КГБУЗ «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1»	2.1	0,98
62	КГБУЗ «Красноярская краевая офтальмологическая клиническая больница имени профессора П.Г. Макарова»	2.1	0,98
63	КГАУЗ «Красноярская межрайонная больница № 3»	2.1	0,98
64	КГБУЗ «Минусинская межрайонная больница»	2.1	0,98
65	КГАУЗ «Красноярская межрайонная больница № 5»	2.2	1,08
66	КГБУЗ «Красноярская межрайонная детская клиническая больница № 5»	2.2	1,08
67	КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 7»	2.2	1,08
68	КГБУЗ «Лесосибирская межрайонная больница»	2.2	1,08
69	КГБУЗ «Дивногорская межрайонная больница»	2.3	1,18
70	КГБУЗ «Красноярская межрайонный родильный дом №1»	2.3	1,18
71	КГБУЗ «Красноярская межрайонный родильный дом №5»	2.3	1,18
72	КГБУЗ «Норильская межрайонная детская больница»	2.3	1,18
73	КГБУЗ «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2»	2.4	1,28

№ п/п	Наименование медицинской организации	Уровень (подуровень) медицинской помощи	Коэффициент уровня (подуровня)
74	КГБУЗ «Красноярская межрайонный родильный дом №2»	2.4	1,28
75	КГБУЗ «Красноярская межрайонный родильный дом №4»	2.4	1,28
76	КГБУЗ «Канская межрайонная детская больница»	2.5	1,38
77	КГБУЗ «Красноярский краевой госпиталь для ветеранов войн»	2.5	1,38
78	ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения РАН» - обособленное подразделение Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера	2.5	1,38
79	КГБУЗ «Красноярская межрайонная детская клиническая больница № 1»	2.5	1,38
80	КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4»	2.5	1,38
81	КГБУЗ «Норильская межрайонная больница № 1»	2.5	1,38
82	КГБУЗ «Норильский межрайонный родильный дом»	2.5	1,38
Уровень 3. Средневзвешенный коэффициент = 1,30			
83	КГБУЗ «Ачинская межрайонная больница»	3.1	1,05
84	НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Красноярск ОАО «РЖД»	3.1	1,05
85	КГБУЗ «Красноярский краевой клинический	3.1	1,05

№ п/п	Наименование медицинской организации	Уровень (подуровень) медицинской помощи	Коэффициент уровня (подуровня)
	онкологический диспансер имени А.И. Крыжановского»		
86	КГБУЗ «Красноярская межрайонная детская больница № 4»	3.1	1,05
87	КГБУЗ «Канская межрайонная больница»	3.1	1,05
88	ФГБУЗ «Клиническая больница № 51» ФМБА России	3.2	1,20
89	Филиал ФГБУ «Федеральный Сибирский научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства» - "Клиническая больница № 42"	3.2	1,20
90	ФГБУ «Федеральный Сибирский научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства»	3.3	1,40
91	ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России	3.3	1,40
92	КГБУЗ «Краевая клиническая больница»	3.4	1,45
93	КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»	3.4	1,45
94	КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона»	3.4	1,45
95	КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича»	3.4	1,45

Перечень КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях

№ КСГ	Наименование КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости
17	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки	0,89
29	Легкие дерматозы	0,36
84	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина	1,95
95	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии	0,68
159	Замена речевого процессора	25,00
195	Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	0,74
197	Болезни желчного пузыря	0,72
199	Гипертоническая болезнь в стадии обострения	0,70
200	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1)	0,78
204	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания	0,75
230	Болезни предстательной железы	0,73
243	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)	0,55
253	Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей	0,76
259	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы	0,37
271	Аппендэктомия, взрослые (уровень 1)	0,73
272	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)	0,91
273	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)	0,86
274	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)	1,24
275	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)	1,78
300	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина	4,32
295	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии	5,35
299	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов	2,32

3.4.4.2. Коэффициент сложности лечения пациента.

Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) применяется к отдельным случаям оказания медицинской помощи на основании объективных критериев.

№ п/п	Случаи, для которых установлен коэффициент сложности лечения пациента	Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП)
1	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей до 1 года) ¹	1,1
2	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей от 1 до 4)	1,1
3	Необходимость предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4)	1,05
4	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (лица старше 75 лет)	1,4
5	Необходимость предоставления спального места и питания законному представителю пациента возраста старше 75 лет с индексом Бартела ≤ 60 баллов (для осуществления ухода) при наличии медицинских показаний	1,02
6	Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента ²	1,1
7	Необходимость развертывания индивидуального поста по медицинским показаниям	1,1
8	Необходимость предоставления спального места и питания законному представителю ребенка после достижения им возраста 4 лет при наличии медицинских показателей	1,05
9	Проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к разным КСГ: - сочетание любого кода химиотерапии с любым кодом лучевой терапии; - сочетание любого кода химиотерапии с любым кодом хирургического лечения при злокачественном новообразовании; - сочетание любого кода лучевой терапии с любым кодом хирургического лечения при злокачественном новообразовании; - сочетание двух кодов лучевой терапии.	1,3
10	Сверхдлительные сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями	В соответствии с расчетным значением ³
11	Проведение сочетанных хирургических вмешательств ⁴	1,2
12	Проведение однотипных операций на парных органах ⁵	1,2

1 - кроме КСГ, относящихся к профилю «неонатология»;

2 - к данной патологии целесообразно отнести:

- Сахарный диабет типа 1 и 2;
- Наличие заболеваний, включая редкие (орфанные) заболевания, требующих систематического дорогостоящего лекарственного лечения:

- Гемофилия (D66; D67; D68.0);
- Муковисцидоз (E84);
- Гипофизарный нанизм (E23.0);
- Рассеянный склероз (G35);
- Болезнь Гоше (E75.5);
- Злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (C92.1; C88.0; C90.0; C82; C83.0; C83.1; C83.3; C83.4; C83.8; C83.9; C84.5; C85; C91.1);
- Состояния после трансплантации органов и (или) тканей (Z94.0; Z94.1; Z94.4; Z94.8)
- Гемолитико-уремический синдром (D59.3)
- Пароксизмальная ночная гемоглобинурия (Маркиафавы-Микели) (D59.5)
- Апластическая анемия неуточненная (D61.9)
- Наследственный дефицит факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта-Прауэра) (D68.2)
- Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (синдром Эванса) (D69.3)
- Дефект в системе комплемента (D84.1)
- Преждевременная половая зрелость центрального происхождения (E22.8)
- Нарушения обмена ароматических аминокислот (классическая фенилкетонурия, другие виды гиперфенилаланиемии) (E70.0, E70.1)
- Тирозинемия (E70.2)
- Болезнь "кленового сиропа" (E71.0)
- Другие виды нарушений обмена аминокислот с разветвленной цепью (изовалериановая ацидемия, метилмалоновая ацидемия, пропионовая ацидемия) (E71.1)
- Нарушения обмена жирных кислот (E71.3)
- Гомоцистинурия (E72.1)
- Глютарикацидурия (E72.3)
- Галактоземия (E74.2)
- Другие сфинголипидозы: болезнь Фабри (Фабри-Андерсона), Нимана-Пика (E75.2)
- Мукополисахаридоз, тип I (E76.0)
- Мукополисахаридоз, тип II (E76.1)
- Мукополисахаридоз, тип VI (E76.2)
- Острая перемежающаяся (печеночная) порфирия (E80.2)
- Нарушения обмена меди (болезнь Вильсона) (E83.0)
- Незавершенный остеогенез (Q78.0)
- Легочная (артериальная) гипертензия (идиопатическая) (первичная) (I27.0)
- Юношеский артрит с системным началом (M08.2);
- Детский церебральный паралич (G80);

3- Применение КСЛП для оплаты случаев сверхдлительного пребывания:

КСЛП применяется также при сверхдлительных сроках госпитализации, обусловленных медицинскими показаниями.

При этом критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок свыше 30 дней, кроме следующих КСГ, которые считаются сверхдлительными при сроке пребывания более 45 дней:

№ КСГ	Наименование КСГ
44	Детская хирургия, уровень 1

№ КСГ	Наименование КСГ
45	Детская хирургия, уровень 2
106	Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость
107	Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных
148	Лучевая терапия (уровень 2)
149	Лучевая терапия (уровень 3)
220	Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)
266	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2)
267	Панкреатит, хирургическое лечение
285	Ожоги (уровень 5)

Значение КСЛП определяется в зависимости от фактического количества проведенных койко-дней. Стоимость койко-дня для оплаты случаев сверхдлинного пребывания определяется с учетом компенсаций расходов на медикаменты и расходные материалы в профильном отделении.

$$КСЛП = 1 + \frac{ФКД - НКД}{НКД} \times K_{дл}, \text{ где}$$

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента;

$K_{дл}$ – коэффициент длительности, учитывающий расходы на медикаменты, питание, и частично на другие статьи расходов – 0,25;

ФКД – фактическое количество койко-дней;

НКД – нормативное количество койко-дней (30 дней, за исключением КСГ, для которых установлен срок 45 дней).

4 – Перечень сочетанных хирургических вмешательств:

Операция 1		Операция 2	
A16.12.006.001	Удаление поверхностных вен нижней конечности	A16.30.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи
A16.12.006.001	Удаление поверхностных вен нижней конечности	A16.30.001.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.12.006.001	Удаление поверхностных вен нижней конечности	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.003	Оперативное лечение околопупочной грыжи
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.004.011	Оперативное лечение

Операция 1		Операция 2	
			грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.003	Оперативное лечение околопупочной грыжи
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.003	Оперативное лечение околопупочной грыжи
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов
A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней	A16.30.001.001	Оперативное лечение пахово-бедренной

Операция 1		Операция 2	
	брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов		грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.30.001.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов	A16.30.001.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.001.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки
A16.20.032	Резекция молочной железы	A16.20.004	Сальпингэктомия лапаротомическая
A16.20.032	Резекция молочной	A16.20.017	Удаление

Операция 1		Операция 2	
	железы		параовариальной кисты лапаротомическое
A16.20.032	Резекция молочной железы	A16.20.061	Резекция яичника лапаротомическая
A16.20.043	Мастэктомия	A16.20.011.002	Тотальная гистерэктомия (экстирпация матки) с придатками лапаротомическая
A16.18.016	Гемиколэктомия правосторонняя	A16.14.030	Резекция печени атипичная
A16.20.005	Кесарево сечение	A16.20.035	Миомэктомия (энуклеация миоматозных узлов) лапаротомическая
A16.20.005	Кесарево сечение	A16.20.001	Удаление кисты яичника
A16.20.005	Кесарево сечение	A16.20.061	Резекция яичника лапаротомическая
A16.20.014	Влагалищная тотальная гистерэктомия (экстирпация матки) с придатками	A16.20.042.001	Слинговые операции при недержании мочи
A16.20.063.001	Влагалищная экстирпация матки с придатками с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.20.083	Кольпоперинеоррафия и леваторопластика
A16.20.063.001	Влагалищная экстирпация матки с придатками с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.20.042.001	Слинговые операции при недержании мочи
A16.20.083	Кольпоперинеоррафия и леваторопластика	A16.20.042.001	Слинговые операции при недержании мочи
A16.16.033.001	Фундопликация лапароскопическая	A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.20.063.001	Влагалищная экстирпация матки с придатками с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.28.071.001	Иссечение кисты почки лапароскопическое	A16.20.001.001	Удаление кисты яичника с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.28.054	Трансуретральная уретеролизэкстракция	A16.28.003.001	Лапароскопическая резекция почки
A16.28.004.001	Лапароскопическая	A16.21.002	Трансуретральная

Операция 1		Операция 2	
	нефрэктомия		резекция простаты
A16.21.002	Трансуретральная резекция простаты	A16.28.085	Трансуретральная эндоскопическая цистолитотрипсия
A16.08.013.001	Пластика носовой перегородки с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.08.017.001	Гайморотомия с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.26.093	Факоемульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация	A16.26.069	Трабекулотомия
A16.26.093	Факоемульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация	A16.26.073.003	Проникающая склерэктомия
A16.26.093	Факоемульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация	A16.26.115	Удаление силиконового масла (или иного высокомолекулярного соединения) из витреальной полости
A16.26.093	Факоемульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация	A16.26.146	Реконструкция угла передней камеры глаза
A16.26.093	Факоемульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация	A16.26.049	Кератопластика (трансплантация роговицы)
A16.26.093	Факоемульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация	A.16.26.087	Замещение стекловидного тела

5 – Перечень однотипных операций на парных органах:

Код	Наименование
A16.26.093.002	Факоемульсификация с имплантацией интраокулярной линзы
A16.26.094	Имплантация интраокулярной линзы
A22.26.004	Лазерная корепраксия, дисцизия задней капсулы хрусталика
A22.26.005	Лазерная иридэктомия
A22.26.006	Лазернониотрабекулопунктура
A22.26.007	Лазерный трабекулоспазис

Код	Наименование
A22.26.009	Фокальная лазерная коагуляция глазного дна
A22.26.019	Лазерная гониодесцеметопунктура
A22.26.023	Лазерная трабекулопластика
A16.26.075	Склеропластика
A16.26.075.001	Склеропластика с использованием трансплантатов
A22.26.010	Панретинальная лазерная коагуляция
A16.12.006	Разрез, иссечение и закрытие вен нижней конечности
A16.12.006.001	Удаление поверхностных вен нижней конечности
A16.12.006.002	Подапоневротическая перевязка анастомозов между поверхностными и глубокими венами голени
A16.12.006.003	Диссекция перфорантных вен с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.12.012	Перевязка и обнажение варикозных вен
A16.04.014	Артропластика стопы и пальцев ноги
A16.03.022.002	Остеосинтез титановой пластиной
A16.03.022.006	Интрамедуллярный блокируемый остеосинтез
A16.03.033.002	Наложение наружных фиксирующих устройств с использованием компрессионно-дистракционного аппарата внешней фиксации
A16.03.022.004	Интрамедуллярный стержневой остеосинтез
A16.03.022.005	Остеосинтез с использованием биодеградируемых материалов
A16.03.024.005	Реконструкция кости. Остеотомия кости с использованием комбинируемых методов фиксации
A16.03.024.007	Реконструкция кости. Корректирующая остеотомия при деформации стоп
A16.03.024.008	Реконструкция кости. Корректирующая остеотомия бедра
A16.03.024.009	Реконструкция кости. Корректирующая остеотомия голени
A16.03.024.010	Реконструкция кости при ложном суставе бедра
A16.12.008.001	Эндартерэктомия каротидная
A16.12.008.002	Эндартерэктомия каротидная с пластикой
A16.20.043.001	Мастэктомия подкожная с одномоментной алломаммопластикой
A16.20.043.002	Мастэктомия подкожная с одномоментной алломаммопластикой с различными вариантами кожно-мышечных лоскутов
A16.20.043.003	Мастэктомия радикальная с односторонней пластикой молочной железы с применением микрохирургической техники
A16.20.043.004	Мастэктомия расширенная модифицированная с пластическим закрытием дефекта грудной стенки
A16.20.045	Мастэктомия радикальная подкожная с алломаммопластикой
A16.20.047	Мастэктомия расширенная модифицированная с пластическим закрытием дефекта грудной стенки различными вариантами кожно-мышечных лоскутов
A16.20.048	Мастэктомия радикальная с реконструкцией TRAM-лоскутом
A16.20.049.001	Мастэктомия радикальная по Маддену с реконструкцией кожно-мышечным лоскутом и эндопротезированием
A16.20.032.007	Резекция молочной железы субтотальная с маммопластикой и эндопротезированием
A16.20.103	Отсроченная реконструкция молочной железы с использованием эндопротеза

3.4.5. ТАРИФЫ НА ОПЛАТУ ЗАКОНЧЕННЫХ СЛУЧАЕВ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДОВ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

3.4.5.1. Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования за счет субвенции из бюджета Федерального фонда ОМС бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках ТП ОМС за счет субвенции из бюджета Федерального фонда ОМС бюджетам территориальных фондов ОМС определен Разделом 1 Постановления Правительства Красноярского края от 27.12.2016 № 682-п «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов».

3.4.5.2. Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи.

№ группы ВМП	Норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, рублей
Абдоминальная хирургия	
1.	159 373
2.	182 343
Акушерство и гинекология	
3.	128 904
4.	194 150
Гастроэнтерология	
5.	127 638
Гематология	
6.	151 603
7.	431 077
Детская хирургия в период новорожденности	
8.	274 852
Дерматовенерология	
9.	102 204
Нейрохирургия	
10.	165 258
11.	237 847
12.	152 801
13.	219 681
Неонатология	
14.	238 676

№ группы ВМП	Норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления
15.	349 720
Онкология	
16.	129 270
17.	103 931
18.	135 759
Оториноларингология	
19.	115 692
20.	69 290
Офтальмология	
21.	72 263
22.	88 751
Педиатрия	
23.	83 240
24.	164 726
25.	99 501
Ревматология	
26.	133 048
Сердечно-сосудистая хирургия	
27.	206 784
28.	184 374
29.	143 499
30.	250 858
31.	236 886
Торакальная хирургия	

№ группы ВМП	Норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления
32.	138 035
33.	241 565
Травматология и ортопедия	
34.	132 831
35.	198 659
36.	148 419
37.	331 770
Урология	
38.	96 163

№ группы ВМП	Норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления
39.	140 949
Челюстно-лицевая хирургия	
40.	124 786
Эндокринология	
41.	179 281
42.	103 548

3.5. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА.

3.5.1. СРЕДНИЙ РАЗМЕР ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ, УЧАСТВУЮЩИМИ В РЕАЛИЗАЦИИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, В РАСЧЕТЕ НА ОДНО ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования Красноярского края, составляет 1 126,7 рублей.

3.5.2. ПЕРЕЧЕНЬ ГРУПП ЗАБОЛЕВАНИЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП.

Распределение КСГ заболеваний по профилям медицинской деятельности (КПГ) и рекомендуемые коэффициенты относительной затратоемкости КСГ/КПГ для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (письмо МЗ РФ №11-8/10/2-8266, ФФОМС №12578/26/и от 22.12.2016 года).

	№ КСГ	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ
1		Акушерское дело	0,50
2		Акушерство и гинекология	0,80
	1	Осложнения беременности, родов, послеродового периода	0,83
	2	Болезни женских половых органов	0,66
	3	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,71
	4	Операции на женских половых органах (уровень 2)	1,06
	5	Экстракорпоральное оплодотворение	9,83
	5.1	Проведение I этапа ЭКО	4,96
	5.2	Проведение I+II этапа ЭКО	6,18

	№ КСГ	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ
	5.3	Проведение I+II+III этапа ЭКО	9,51
	5.4	Проведение I +II+III+IV этапа ЭКО	10,30
	6	Искусственное прерывание беременности (аборт)	0,33
	7	Аборт медикаментозный	1,04
3		Аллергология и иммунология	0,98
	8	Нарушения с вовлечением иммунного механизма	0,98
4		Гастроэнтерология	0,89
	9	Болезни органов пищеварения, взрослые	0,89
5		Гематология	1,17
	10	Болезни крови	1,17
6		Дерматология	1,54
	11	Дерматозы	1,54
7		Детская кардиология	0,98
	12	Болезни системы кровообращения, дети	0,98
8		Детская онкология	9,23
	13	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети	14,23
	14	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети	10,34
	15	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети	7,95
9		Детская урология-андрология	1,42
	16	Операции на мужских половых органах, дети	1,38
	17	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети	2,09
10		Детская хирургия	1,60
	18	Операции по поводу грыж, дети	1,60
11		Детская эндокринология	1,49
	19	Сахарный диабет, дети	1,49
	20	Другие болезни эндокринной системы, дети	1,36
12		Инфекционные болезни	0,92
	21	Вирусный гепатит В хронический, лекарственная терапия	2,75
	22	Вирусный гепатит С хронический, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 2, 3	1,10
	23	Вирусный гепатит С хронический на стадии цирроза печени, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 2, 3	9,00
	24	Вирусный гепатит С хронический, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 1, 4 (уровень 1)	4,90
	25	Вирусный гепатит С хронический, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 1, 4 (уровень 2)	22,2
	26	Другие вирусные гепатиты	0,97
	27	Инфекционные и паразитарные болезни, взрослые	1,16
	28	Инфекционные и паразитарные болезни, дети	0,97
	29	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, взрослые	0,52
	30	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети	0,65
13		Кардиология	0,80
	31	Болезни системы кровообращения, взрослые	0,80
	32	Болезни системы кровообращения с применением инвазивных методов	3,39
14		Колопроктология	1,70
	33	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)	1,53
	34	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)	3,17

	№ КСГ	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ
15		Неврология	1,05
	35	Болезни нервной системы, хромосомные аномалии	0,98
	36	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина	2,79
16		Нейрохирургия	1,06
	37	Болезни и травмы позвоночника, спинного мозга, последствия внутричерепной травмы, сотрясение головного мозга	0,94
	38	Операции на периферической нервной системе	2,57
17		Неонатология	1,87
	39	Нарушения, возникшие в перинатальном периоде	1,79
18		Нефрология (без диализа)	2,74
	40	Гломерулярные болезни, почечная недостаточность (без диализа)	1,60
	41	Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ	3,25
	42	Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа	3,18
	43	Другие болезни почек	0,80
19		Онкология	3,01
	44	Лучевая терапия (уровень 1)	3,64
	45	Лучевая терапия (уровень 2)	4,02
	46	Лучевая терапия (уровень 3)	6,42
	47	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)	2,35
	48	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)	2,48
	49	Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения	0,50
	50	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые	7,77
	51	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые	6,30
	52	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1), доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе	3,73
	53	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)	5,10
	54	Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы	14,41
20		Оториноларингология	0,98
	55	Болезни уха, горла, носа	0,74
	56	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)	1,12
	57	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)	1,66
	58	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)	2,00
	59	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)	2,46
	60	Замена речевого процессора	45,50
21		Офтальмология	0,98
	61	Болезни и травмы глаза	0,39
	62	Операции на органе зрения (уровень 1)	0,96
	63	Операции на органе зрения (уровень 2)	1,44
	64	Операции на органе зрения (уровень 3)	1,95
	65	Операции на органе зрения (уровень 4)	2,17
	66	Операции на органе зрения (уровень 5)	3,84
22		Педиатрия	0,93

	№ КСГ	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ
	67	Системные поражения соединительной ткани, артропатии, спондилопатии, дети	2,31
	68	Болезни органов пищеварения, дети	0,89
23		Пульмонология	0,90
	69	Болезни органов дыхания	0,90
24		Ревматология	1,46
	70	Системные поражения соединительной ткани, артропатии, спондилопатии, взрослые	1,46
25		Сердечно-сосудистая хирургия	1,88
	71	Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения	1,84
	72	Операции на сосудах (уровень 1)	2,18
	73	Операции на сосудах (уровень 2)	4,31
26		Стоматология детская	0,98
	74	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети	0,98
27		Терапия	0,74
	75	Отравления и другие воздействия внешних причин	0,74
28		Торакальная хирургия	1,32
	76	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения	1,32
29		Травматология и ортопедия	1,25
	77	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)	1,44
	78	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)	1,69
	79	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)	2,49
	80	Заболевания опорно-двигательного аппарата, травмы, болезни мягких тканей	1,05
30		Урология	0,98
	81	Болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов	0,80
	82	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)	2,18
	83	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2)	2,58
	84	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)	1,97
	85	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)	2,04
	86	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)	2,95
31		Хирургия	0,92
	87	Болезни, новообразования молочной железы	0,89
	88	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)	0,75
	89	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2)	1,00
	90	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3)	4,34
	91	Операции на органах кроветворения и иммунной системы	1,29
	92	Операции на молочной железе	2,60
32		Хирургия (абдоминальная)	1,85
	93	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1)	2,11
	94	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2)	3,55
	95	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)	1,57
	96	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)	2,26
	97	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)	3,24
	98	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)	2,06

	№ КСГ	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ
	99	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2)	2,17
33		Хирургия (комбустиология)	1,10
	100	Ожоги и отморожения	1,10
34		Челюстно-лицевая хирургия	0,89
	101	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые	0,88
	102	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,92
	103	Операции на органах полости рта (уровень 2)	1,56
35		Эндокринология	1,23
	104	Сахарный диабет, взрослые	1,08
	105	Другие болезни эндокринной системы, новообразования эндокринных желез доброкачественные, in situ, неопределенного и неизвестного характера, расстройства питания, другие нарушения обмена веществ	1,41
	106	Кистозный фиброз	2,58
	107	Лечение кистозного фиброза с применением ингаляционной антибактериальной терапии	12,27
36		Прочее	1,00
	108	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина	7,86
	109	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения	0,56
	110	Госпитализация в дневной стационар в диагностических целях с постановкой диагноза туберкулеза, ВИЧ-инфекции, психического заболевания	0,46
	111	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов	9,74
	112	Отторжение, отмирание трансплантата органов и тканей	7,40
37		Медицинская реабилитация	0,75
	113	Медицинская нейрореабилитация	3,00
	114	Медицинская кардиореабилитация	1,50
	115	Медицинская реабилитация после перенесенных травм и заболеваний опорно-двигательной системы	2,25
	116	Медицинская реабилитация детей, перенесших заболевания перинатального периода	1,50
	117	Медицинская реабилитация при других соматических заболеваниях	0,70
	118	Медицинская реабилитация детей с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохlearной имплантации	1,80
	119	Медицинская реабилитация детей с поражениями центральной нервной системы	2,75
	120	Медицинская реабилитация детей после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем	2,35

3.5.3. РАЗМЕР СРЕДНЕЙ СТОИМОСТИ ЗАКОНЧЕННОГО СЛУЧАЯ ЛЕЧЕНИЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ ВКЛЮЧЕННОГО В КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКУЮ ГРУППУ.

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в клинику-статистическую группу (базовая ставка) в условиях дневного стационара составляет 11 264,2 рублей.

3.5.4. ПОПРАВочНЫЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА.

Коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи.

Коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара для всех медицинских организаций Красноярского края равны 1,00.

Перечень КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара

№ КСГ	Наименование КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости
11	Дерматозы	1,54
36	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина	2,79
60	Замена речевого процессора	45,50
88	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)	0,75
95	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)	1,57
96	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)	2,26
97	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)	3,24
108	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина	7,86
295	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов	9,74

3.6. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

3.6.1. СРЕДНИЙ РАЗМЕР ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ, УЧАСТВУЮЩИМИ В РЕАЛИЗАЦИИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, В РАСЧЕТЕ НА ОДНО ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО.

Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Красноярского края, в расчете на одно застрахованное лицо, составляет 858,3 рублей.

3.6.2. РАЗМЕР ПОДУШЕВОГО НОРМАТИВА ФИНАНСИРОВАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

Размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи на 2017 год.

Наименование показателя	П/№	1 квартал	2 квартал	3 квартал	4 квартал
Объем финансирования СМП в рамках программы ОМС (Ф)	1	597 988 048	592 614 048	592 614 048	587 240 021
Численность застрахованного населения Красноярского края	2	2 946 067	2 946 067	2 946 067	2 946 067
Подушевой норматив финансирования по краю (ПН = Ф / Ч), рублей/человека	3=1/2	134,24	133,04	133,04	131,83

К подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи применяется средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации для однородных групп медицинских организаций (КДинт_г), определенный по каждой МО как произведение:

КДсуб_г - коэффициента дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края (раздел 3.1.1);

Кпв_г - коэффициентов, учитывающих потребление медицинской помощи по полу и возрасту обслуживаемого населения *i*-ой МО (раздел 3.6.4);

КДси_г – коэффициента дифференциации по уровню расходов на содержание имущества для *i*-ой МО (графа 5 раздела 3.6.2.2).

Полученные значения КДинт ранжируются от максимального до минимального значения и в случае существенных различий объединяются в однородные группы с последующим расчетом средневзвешенного значения данного коэффициента для каждой группы.

3.6.2.2. Средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива.

№п/п	Наименование медицинской организации	Коэффициент дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края (КДсуб _г)	Коэффициенты, учитывающие потребление медицинской помощи по полу и возрасту обслуживаемого населения (Кпв _г)	Коэффициенты дифференциации по уровню расходов на содержание имущества (КДси _г)	Средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива (КДинт _г)	Номер группы
		КДсуб - ТС 3.1.1.	Кпв - ТС 3.6.4.	Кси - ТС 3.6.2.2.		
1	2	3	4	5	6	7
1	КГБУЗ "Ванаварская районная больница №2"	6,860	0,970	1,201	7,992	1
2	КГБУЗ "Таймырская районная больница №1"	5,560	0,935	1,384	7,093	2
3	КГБУЗ "Туринская межрайонная больница"	6,860	0,928	1,098	7,093	2
4	КГБУЗ "Норильская станция скорой медицинской помощи"	2,960	0,890	2,126	5,492	3
5	КГБУЗ "Таймырская межрайонная больница"	5,560	0,923	1,062	5,492	3

№п/п	Наименование медицинской организации	Коэффициент дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края (КДсубі)	Коэффициенты, учитывающие потребление медицинской помощи по полу и возрасту обслуживаемого населения (Кпвј)	Коэффициенты дифференциации по уровню расходов на содержание имущества (КДсиі)	Средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива (КДинті)	Номер группы
		КДсуб - ТС 3.1.1.	Кпв - ТС 3.6.4.	Кси - ТС 3.6.2.2.		
1	2	3	4	5	6	7
6	КГБУЗ "Байкитская районная больница №1"	6,860	0,946	0,836	5,492	3
7	КГБУЗ "Игарская городская больница"	3,550	0,951	1,097	3,697	4
8	КГБУЗ "Туруханская районная больница"	3,550	0,964	1,078	3,697	4
9	КГБУЗ "Норильская городская больница №3"	2,960	0,917	1,272	3,241	5
10	КГБУЗ "Северо-Енисейская районная больница"	3,110	0,951	1,024	3,241	5
11	КГБУЗ "Кежемская районная больница"	2,060	0,981	1,016	1,907	7
12	КГБУЗ "Назаровская станция скорой медицинской помощи"	1,190	1,011	1,572	1,907	7
13	КГБУЗ "Чуноярская участковая больница"	1,770	0,973	1,071	1,907	7
14	КГБУЗ "Мотыгинская районная больница"	2,100	0,983	0,892	1,907	7
15	КГБУЗ "Большеулуйская районная больница"	1,940	0,988	0,859	1,557	8
16	КГБУЗ "Лесосибирская межрайонная больница"	1,450	1,003	1,086	1,557	8
17	КГБУЗ "Енисейская районная больница"	1,590	0,993	0,959	1,557	8
18	КГБУЗ "Идринская районная больница"	1,630	0,998	0,915	1,557	8
19	ФГБУЗ "Клиническая больница №51" ФМБА России	1,210	1,041	1,120	1,353	9
20	КГБУЗ "Абанская районная больница"	1,590	0,996	0,869	1,353	9
21	КГБУЗ "Пировская районная больница"	1,560	0,993	0,873	1,353	9
22	КГБУЗ "Тюхтетская районная больница"	1,600	1,001	0,841	1,353	9
23	КГБУЗ "Ирбейская районная больница"	1,600	0,982	0,855	1,353	9
24	КГБУЗ "Саянская районная больница"	1,590	0,991	0,849	1,353	9
25	КГБУЗ "Бирлюсская районная больница"	1,540	1,000	0,863	1,353	9
26	КГБУЗ "Новоселовская районная больница"	1,510	0,990	0,889	1,353	9
27	КГБУЗ "Казачинская районная больница"	1,560	1,003	0,841	1,271	10
28	НУЗ "Узловая больница на ст.Саянская ОАО "РЖД"	1,390	1,010	0,921	1,271	10
29	КГБУЗ "Дзержинская районная больница"	1,470	0,998	0,876	1,271	10
30	КГБУЗ "Каратузская районная больница"	1,420	1,032	0,876	1,271	10
31	КГБУЗ "Рыбинская районная больница"	1,390	0,995	0,920	1,271	10
32	КГБУЗ "Ужурская районная больница"	1,390	0,984	0,925	1,271	10
33	КГБУЗ "Шарыповская городская больница"	1,180	1,001	1,071	1,271	10
34	КГБУЗ "Богучанская районная больница"	1,770	0,968	0,735	1,271	10
35	КГБУЗ "Больница п. Кедровый"	1,220	0,965	1,059	1,271	10
36	КГБУЗ "Нижеингашская районная больница"	1,380	0,994	0,908	1,271	10
37	КГБУЗ "Тасеевская районная больница"	1,450	0,999	0,859	1,271	10
38	КГБУЗ "Красногуранская районная больница"	1,390	1,008	0,868	1,177	11
39	КГБУЗ "Иланская районная больница"	1,380	0,982	0,895	1,177	11
40	КГБУЗ "Шушенская районная больница"	1,300	1,054	0,878	1,177	11

№п/п	Наименование медицинской организации	Коэффициент дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края (КДсуб)	Коэффициенты, учитывающие потребление медицинской помощи по полу и возрасту обслуживаемого населения (Кпв)	Коэффициенты дифференциации по уровню расходов на содержание имущества (КДси)	Средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива (КДинт)	Номер группы
		КДсуб - ТС 3.1.1.	Кпв - ТС 3.6.4.	Кси - ТС 3.6.2.2.		
1	2	3	4	5	6	7
41	КГБУЗ "Партизанская районная больница"	1,540	0,986	0,787	1,177	11
42	КГБУЗ "Сухобузимская районная больница"	1,500	1,006	0,780	1,177	11
43	Филиал ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России КБ № 42	1,180	1,026	0,961	1,177	11
44	КГБУЗ "Курагинская районная больница"	1,350	1,019	0,835	1,177	11
45	КГБУЗ "Ермаковская районная больница"	1,420	1,026	0,788	1,177	11
46	КГБУЗ "ГБ ЗАТО Солнечный Красноярского края"	1,250	0,972	0,931	1,177	11
47	КГБУЗ "Ачинская межрайонная больница"	1,190	1,010	0,927	1,088	12
48	КГБУЗ "Уярская районная больница"	1,320	0,996	0,847	1,088	12
49	КГБУЗ "Березовская районная больница"	1,290	0,987	0,874	1,088	12
50	КГБУЗ "Дивногорская межрайонная больница"	1,210	1,033	0,885	1,088	12
51	КГБУЗ "Большемуртинская районная больница"	1,420	1,004	0,775	1,088	12
52	КГБУЗ "Козульская районная больница"	1,330	0,990	0,829	1,088	12
53	КГБУЗ "Боготольская межрайонная больница"	1,220	1,003	0,884	1,088	12
54	КГБУЗ "Канская межрайонная больница"	1,180	1,011	0,900	1,088	12
55	КГБУЗ "Минусинская межрайонная больница"	1,180	1,036	0,860	1,088	12
56	КГБУЗ "Бородинская городская больница"	1,190	1,014	0,856	1,088	12
57	КГБУЗ "Красноярская станция скорой медицинской помощи"	1,210	1,014	0,811	0,980	13
58	КГБУЗ "Емельяновская районная больница"	1,480	0,983	0,678	0,980	13
59	КГБУЗ "Балахтинская районная больница"	1,440	1,004	0,664	0,980	13
60	КГБУЗ "Манская районная больница"	1,540	1,003	0,401	0,579	14
61	КГБУЗ "Шарыповская районная больница"	1,320	0,992	0,452	0,579	14
62	КГБУЗ "Красноярская краевая больница №2"	1,210	1,148	0,379	0,579	14

3.6.3. ТАРИФЫ НА ОПЛАТУ ЕДИНИЦ ОБЪЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ВЫЗОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, МЕДИЦИНСКАЯ УСЛУГА), ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ТОМ ЧИСЛЕ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ МЕЖТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ РАСЧЕТОВ.

Тариф за вызов скорой медицинской помощи:

- для медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу – 1 653,0 рублей;
- для ФГБУЗ «Сибирский клинический центр» ФМБА России – 1 653,0 рублей;
- при проведении тромболитической терапии – 20 000,0 рублей.

К тарифам за вызов скорой медицинской помощи применяется коэффициент дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края (3.1.1.).

3.6.4. ПОЛОВОЗРАСТНЫЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ПОДУШЕВОГО НОРМАТИВА ФИНАНСИРОВАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

п/№	Показатель	ИТОГО	в том числе по группам застрахованных лиц									
			дети						трудоспособный возраст		старше трудоспособного возраста	
			0-1 года		1-4 лет		5 - 17		18 - 59	18 - 54	60 лет и старше	55 лет и старше
			Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	м	ж	м	ж	м	ж
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	Стоимость скорой медицинской помощи в 2016 году (руб.)	1953458,68	35297,05	29426,68	112458,48	96010,62	93877,01	87470,76	365028,88	406752,84	184379,89	542756,48
2	Численность обслуживаемого населения на 01.12.2016 (чел.)	2 852 305	18 730	17 791	81 249	76 909	213 172	203 057	825 219	765 310	190 105	460 763
3	Потребление МП на 1 застрахованного (руб.)	684,87	1 884,52	1 654,02	1 384,12	1 248,37	440,38	430,77	442,34	531,49	969,88	1 177,95
4	Относительные Коэффициенты потребления по полу и возрасту по Красноярскому краю (Кпв)	1,000	2,752	2,415	2,021	1,823	0,643	0,629	0,646	0,776	1,416	1,720

РАЗДЕЛ 4.

РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ УПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЯЖАЩЕГО КАЧЕСТВА

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

Таблица 1

Код дефекта	Обязательства медицинских организаций	Последствия неисполнения обязательств	
		коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи	коэффициент для определения размера штрафа
1. Обеспечение доступности медицинской помощи для застрахованных лиц			
1.1.	Обеспечение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:	Последствия за нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:	
1.1.1.	Обеспечение выбора МО из медицинских организаций, участвующих в реализации ТП ОМС, в соответствии с заявлением застрахованного лица (рассмотрение заявления в МО в течение 3 рабочих дней)	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования	
		-	0,3
1.1.2.	Обеспечение выбора врача в соответствии с заявлением застрахованного лица, поданным лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации	
		-	0,3
1.1.3.	Соблюдение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке в соответствии с ТП ОМС	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке	
			0,3
1.2.	Оказание застрахованным лицам медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС.	Последствия за необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, в том числе:	
1.2.1.		не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания	
		-	1,0
1.2.2.		повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания	
			3,0
1.3.	Бесплатное оказание застрахованным лицам медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС, в объеме, установленном базовой программой ОМС	Последствия за необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта¹ Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой ОМС, в том числе:	
1.3.1.		не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания	
		-	1,0
1.3.2.		повлекший за собой причинение вреда здоровью, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	
			3,0
1.4.	Не допущение взимания платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой ОМС	Последствия за взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой ОМС	
		1,0	1,0

¹Данный пункт применяется только при выявлении дефекта при межтерриториальных расчетах ТФОМС Красноярского края.

Код дефекта	Обязательства медицинских организаций	Последствия неисполнения обязательств	
		коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи	коэффициент для определения размера штрафа
1.5.	Бесплатное обеспечение застрахованных лиц в период пребывания в стационаре по назначению врача лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения, включенными в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, формуляр лечения стационарного больного, согласованный и утвержденный в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи	Последствия за приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, лекарственных препаратов и/или медицинских изделий в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов», согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи	0,5
2. Обеспечение информированности застрахованных лиц			
2.1.	Создание официального сайта медицинской организации в сети «Интернет»	Последствия за отсутствие официального сайта медицинской организации в сети «Интернет»	1,0
2.2.	Наличие на официальном сайте медицинской организации в сети «Интернет» следующей информации:	Последствия за отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети «Интернет» следующей информации:	
2.2.1	о режиме работы медицинской организации	о режиме работы медицинской организации	0,5
2.2.2	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи	0,5
2.2.3	о видах оказываемой медицинской помощи	о видах оказываемой медицинской помощи	0,5
2.2.4	о показателях доступности и качества медицинской помощи	о показателях доступности и качества медицинской помощи	0,5
2.2.5	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно	0,5
2.2.6	о перечне ЛП, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых ЛП и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых ЛП отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен	0,5
2.3.	Наличие информационных стендов	Последствия за отсутствие информационных стендов в медицинских организациях	1,0
2.4.	Наличие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:	Последствия за отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:	
2.4.1	о режиме работы медицинской организации	о режиме работы медицинской организации	0,5
2.4.2	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи	0,5
2.4.3	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации	0,5
2.4.4	о показателях доступности и качества медицинской помощи	о показателях доступности и качества медицинской помощи	0,5
2.4.5	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно	о перечне жизненно необходимых и важнейших ЛП, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно	0,5
2.4.6	о перечне ЛП, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых ЛП и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам	

Код дефекта	Обязательства медицинских организаций	Последствия неисполнения обязательств	
		коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи	коэффициент для определения размера штрафа
	которых ЛП отпускаются по рецептам врачей с 50- процентной скидкой со свободных цен	врачей с 50- процентной скидкой со свободных цен	0,5
3. Отсутствие дефектов медицинской помощи / нарушений при оказании медицинской помощи			
3.1.	Соблюдение работниками медицинской организации врачебной этики и деонтологии	Последствия за доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками МО (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц)	
		0,1	1,0
3.2	Выполнение своевременно и надлежащим образом необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи	Последствия за невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи:	
3.2.1.		не повлиявшие на состояние здоровья застрахованного лица ²	
		0,1	-
3.2.2		приведшие к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) отсутствия письменного согласия на лечение, в установленных законодательством РФ случаях)	
		0,3	-
3.2.3.		приведшие к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшие риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшие риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке),	
		0,4	-
3.2.4		приведшие к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке)	
		0,9	1,0
3.2.5		приведшие к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке)	
		1,0	3,0
3.3.	Выполнение показанных, оправданных с клинической точки зрения, регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий	Последствия за выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи мероприятий:	
3.3.1	Исключен приказом ФОМС от 29.12.2015 № 277		
3.3.2		приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке)	
		0,4	-
3.4.	Выполнение показанных с клинической точки зрения лечебных мероприятий до достижения клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).	Последствия за преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения)	
		0,5	-
3.5.	Обеспечение достижения положительной динамики в состоянии здоровья застрахованного лица при первичном обращении за медицинской помощью (за исключением случаев этапного лечения), при соблюдении стандартов	Последствия за повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения и 90 дней со дня завершения лечения в стационаре вследствие отсутствия положительной динамики в	

²Применение данного кода дефекта при проведении медико-экономической экспертизы (МЭЭ) возможно только в случае оценки стандартов по критериям, утвержденным министерством здравоохранения Красноярского края. В случае отсутствия утвержденных критериев оценки стандартов, код дефекта может быть применен только после проведения экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП).

Код дефекта	Обязательства медицинских организаций	Последствия неисполнения обязательств	
		коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи	коэффициент для определения размера штрафа
	оказания медицинской помощи	состоянии здоровья, подтвержденное проведенной целевой или плановой экспертизой (за исключением случаев этапного лечения)	
		0,5	-
3.6.	Обеспечение преемственности в лечении застрахованного лица (в том числе своевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня)	Последствия за нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к увеличению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица	
		0,8	1,0
3.7.	Недопущение госпитализации застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара	Последствия за госпитализацию застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара	
		0,7	0,3
3.8.	Исключение возможности госпитализации застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям	Последствия за госпитализацию застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям	
		0,6	-
3.10.	Не допущение повторного посещения врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях	Последствия за повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях	
		1,0	-
3.11.	Принятие мер со стороны медицинского персонала к предупреждению развития нового заболевания застрахованного лица (развития ятрогенного заболевания)	Последствия за неправильное действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания)	
		0,9	1,0
3.12.	Обеспечение обоснованного назначения лекарственной терапии; исключение одновременного назначения лекарственных препаратов – синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанного с риском для здоровья пациента и/или приводящего к удорожанию лечения	Последствия за необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных препаратов – синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения	
		0,3	-
3.13.	Обеспечение выполнения обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с законодательством;	Последствия за невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством	
		0,3	0,3
3.14.	Недопущение наличия расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории	Последствия за наличия расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории вследствие дефектов при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи	
		0,9	1,0
4. Правильность оформления в медицинской организации первичной медицинской документации			
4.1.	Предоставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации	Последствия за непредоставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин	
		1,0	-
4.2.	Оформление надлежащим образом первичной медицинской документации, обеспечивающее проведение экспертизы качества медицинской помощи (возможность оценки динамики состояния здоровья застрахованного лица, объема, характера и условий предоставления медицинской помощи), согласно приложению № 14 Методических рекомендаций «О системе управления качеством и безопасностью медицинской деятельности в части контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления МП в Красноярском крае и внутреннего контроля», утвержденных МЗ КК от 16.12.2011	Последствия за 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).	
		0,1	-
4.3.	Обеспечение наличия в первичной медицинской документации информированного добровольного согласия застрахованного лица на	Последствия за отсутствие в первичной медицинской документации информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа	

Код дефекта	Обязательства медицинских организаций	Последствия неисполнения обязательств	
		коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи	коэффициент для определения размера штрафа
	медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, письменного согласия на лечение в установленных законодательством Российской Федерации случаях	застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение в установленных законодательством Российской Федерации случаях	
		0,1	
4.4.	Исключение случаев наличия признаков искажения сведений, представленной в медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление истории болезни, с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	Последствия за наличие признаков искажения сведений, представленной в медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление истории болезни, с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	
		0,9	
4.5.	Исключение случаев несоответствия дат оказания медицинской помощи, зарегистрированных в первичной медицинской документации и реестре счетов, и в таблице учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.)	Последствия за несоответствие даты оказания медицинской помощи, зарегистрированной в первичной медицинской документации и реестре счетов таблице учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировки, выходных дней и т.п.)	
		1,0	-
4.6.	Оформление счетов на оплату медицинской помощи и реестров счетов в соответствии с записями в первичной медицинской документации	Последствия за несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов	
		1,0	1,0
4.6.1	Некорректное применение тарифа по клинико-статистической группе, требующее его замены по результатам экспертизы.	Последствия за некорректное применение тарифа по клинико-статистической группе, требующее его замены по результатам экспертизы.	
		-	-
5. Надлежащее оформление и предъявление на оплату счетов и реестров счетов			
5.1. Оформление и предъявление счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, исключив:		Последствия за 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;	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	
		1,0	-
5.1.2	несоответствие суммы счета итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	
		1,0	-
5.1.3	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;	
		1,0	-
5.1.4	некорректное заполнение полей реестра счетов;	некорректное заполнение полей реестра счетов;	
		1,0	-
5.1.5	некорректные суммы по позициям реестров счетов (арифметические ошибки);	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	
		1,0	-
5.1.6	несоответствие даты оказания медицинской помощи в реестре счетов отчетному периоду/периоду оплаты	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты	
		1,0	-
5.2. Оформление счета на оплату медицинской помощи и реестров счетов надлежащим образом в соответствии с принадлежностью застрахованного лица к страховой медицинской организации, исключив:		Последствия за нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации:	
5.2.1	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, получившему полис обязательного медицинского страхования в другой страховой медицинской организации	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией	
		1,0	-
5.2.2	включение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе и т.д.)	Введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе и т.д.)	
		1,0	-
5.2.3	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис обязательного медицинского страхования на территории другого субъекта Российской Федерации	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис обязательного медицинского страхования на территории другого субъекта Российской Федерации	
		1,0	-
5.2.4	наличие в реестре счетов неактуальных данных о застрахованных лицах	наличие в реестре счетов неактуальных данных о застрахованных лицах	
		1,0	-
5.2.5	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи гражданам, не подлежащим обязательному медицинскому страхованию на территории Российской Федерации	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим обязательному медицинскому страхованию на территории Российской Федерации	
		1,0	-

Код дефекта	Обязательства медицинских организаций	Последствия неисполнения обязательств	
		коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи	коэффициент для определения размера штрафа
5.3. Предъявление к оплате счета, включающего виды и объемы медицинской помощи, входящие в территориальную программу обязательного медицинского страхования, исключив:		Последствия за нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС	
5.3.1	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в Территориальную программу обязательного медицинского страхования	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в Территориальную программу обязательного медицинского страхования	
		1,0	-
5.3.2	предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением Комиссии по разработке Территориальной программы	предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением Комиссии по разработке Территориальной программы	
		1,0	-
5.3.3	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования Российской Федерации)	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования)	
		1,0	-
5.4. Формирование для оплаты счетов и реестров счетов с учетом установленных тарифов на оплату медицинской помощи, не допуская:		Последствия за нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь:	
5.4.1	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении	
		1,0	-
5.4.2	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении	
		1,0	-
5.5. Включение в реестры счетов лицензированных видов медицинской деятельности, не допуская:		Последствия за нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности:	
5.5.1	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	
		1,0	-
5.5.2	предоставления реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации	предоставления реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации	
		1,0	-
5.5.3	предоставления на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: не соответствие фактических адресов осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности данным лицензии и другого (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов)	предоставления на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов)	
		1,0	-
5.6.	Не допущение включения в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи	Последствия за нарушения, связанные с включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи	
		1,0	-
5.7. Оформление надлежащим образом реестров счетов, исключая повторное или необоснованное включение в реестр счетов медицинской помощи, в том числе:		Последствия за нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи:	
5.7.1	повторное включение ранее оплаченной позиции (повторное выставление ранее оплаченного счета)	позиция реестра счетов, оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее)	
		1,0	-
5.7.2	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре счетов	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре счетов	
		1,0	-
5.7.3	включение стоимости отдельной медицинской услуги, учтенной в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги и предъявленной к оплате	стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией.	
		1,0	-
5.7.4	включение стоимости медицинской услуги, вошедшей в подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи на прикрепленных застрахованных лиц	стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованное в системе ОМС	
		1,0	-

Код дефекта	Обязательства медицинских организаций	Последствия неисполнения обязательств	
		коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи	коэффициент для определения размера штрафа
5.7.5	включение амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи), пациенто - дней в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях)	включение в реестр счетов медицинской помощи: - амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи); - пациенто-дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях)	
		1,0	-
5.7.6	включение нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты, с пересечением или совпадением сроков лечения	включение в реестр счетов нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты, с пересечением или совпадением сроков лечения	
		1,0	-

4.1.1. Наиболее значимые дефекты оформления первичной медицинской документации, наличие совокупности (два и более пунктов) из которых позволяет применить финансовые санкции при оплате затрат на оказание медицинской помощи по результатам МЭЭ:

1) Дефекты оформления медицинской карты амбулаторного больного (ф. №025/у-04)

1.1. неинформативные записи об амбулаторных посещениях (назначение диагностических обследований и медицинских вмешательств, направление на консультации, на госпитализацию без описания жалоб, объективного осмотра);

1.2. отсутствие плана обследования, плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза;

1.3. назначение медикаментозных средств без указания концентрации, дозы лекарственного средства, кратности приема, а при однократном применении без указания времени суток. При выписке льготного рецепта отсутствие даты выписки рецепта, его номера, наименования лекарственного средства соответствующего записи в амбулаторной карте и коду заболевания по МКБ-10;

1.4. для диспансерных больных – отсутствие эпикриза взятия на диспансерный учет.

2) Дефекты оформления истории развития ребенка ф. №112/у-80

2.1. неинформативные записи об амбулаторных посещениях (назначение диагностических обследований и медицинских вмешательств, направление на консультации, на госпитализацию без описания жалоб, объективного осмотра);

2.2. отсутствие плана обследования, плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза;

2.3. назначение медикаментозных средств без указания концентрации, дозы, кратности приема, а при однократном применении без указания времени суток. При выписке льготного рецепта отсутствие даты выписки рецепта, его номера, наименования лекарственного средства соответствующего записи в амбулаторной карте и коду заболевания по МКБ-10;

2.4. для диспансерных больных - отсутствие этапного эпикриза;

3) Дефекты оформления медицинской карты стационарного больного (Ф.№003/у-80)

3.1. отсутствие в историях болезни пациентов, поступающих в экстренном порядке, записи осмотра дежурного врача с датой, временем осмотра, описанием патологических изменений, диагнозом и назначениями, а также отсутствие записи врачей других специальностей, принимавших участие в консультации и обследовании пациента;

3.2. отсутствие безотлагательного проведения первичного осмотра пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме;

3.3. отсутствие установления клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления его в профильное отделение;

3.4. отсутствие плана обследования и плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза;

3.5. отсутствие записи лечащего врача профильного отделения, при нахождении пациента в отделении реанимации, палате интенсивной терапии;

3.6. отсутствие предоперационного заключения;

- 3.7. отсутствие предоперационного осмотра анестезиолога и протокола анестезиологического пособия;
- 3.8. отсутствие протокола операции, отсутствие согласия пациента на операцию/переливание крови/анестезиологическое пособие;
- 3.9. назначение медикаментозных средств без указания концентрации, дозы, кратности приема, а при однократном применении без указания времени суток;
- 3.10. отсутствие этапного эпикриза (не реже, чем раз в 15 дней);
- 3.11. отсутствие ежедневных дневниковых записей у тяжелых пациентов.
- 4) **Дефекты оформления карты вызова скорой медицинской помощи (Ф.№110/у):**
 - 4.1. отсутствие в карте вызова даты, времени (часы, минуты);
 - 4.2. отсутствие заключения ЭКГ в карте вызова, указания времени проведения ЭКГ, в том числе специализированной бригадой СМП и времени проведения реанимационных мероприятий;
 - 4.3. отсутствие времени проведения тромболиза;
 - 4.4. отсутствие диагноза;
 - 4.5. отсутствие описания проведенных манипуляций и мероприятий с указанием пути введения, дозировки лекарственных препаратов.

4.1.1.2. Наиболее значимые дефекты оформления медицинской документации, наличие одного пункта из которых позволяет наложить финансовые санкции при оплате затрат на оказание медицинской помощи по результатам ЭКМП (в том числе включены все дефекты оформления медицинской документации, перечисленные в дефектах по результатам МЭЭ).

1) **Дефекты оформления медицинской карты амбулаторного больного (ф. №025/у-04)**

- 1.1. неинформативные записи об амбулаторных посещениях (в том числе нечеткое описание жалоб, анамнеза в т. ч. аллергологического, объективных данных, диагноза и его обоснования, назначения диагностических обследований и медицинских вмешательств, а также направление на консультации, показаний к госпитализации и других записей, необходимых для обоснования и выполнения медицинских вмешательств);
- 1.2. отсутствие записи о проведении осмотра пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме не позднее 2 часов с момента обращения в регистратуру медицинской организации;
- 1.3. отсутствие плана обследования, плана лечения с учетом лекарственных препаратов, включенных в стандарты медицинской помощи, имеющих частоту применения 1,0, и клинические рекомендации (протоколы лечения) при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза;
- 1.4. отсутствие установления клинического диагноза с оформлением обоснования соответствующей записью в амбулаторной карте в течение 10 дней с момента обращения;
- 1.5. назначение медикаментозных средств на русском языке, без указания концентрации, дозы, кратности приема, а при однократном применении без указания времени суток;
- 1.6. отсутствие отражения динамики состояния больного в результате проводимого лечения, отсутствие записей о коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения);
- 1.7. для диспансерных больных – отсутствие эпикриза взятия на диспансерный учет и плана лечебно-оздоровительных мероприятий на год. В годовых эпикризах и дневниковых записях диспансерного осмотра не отражается эффективность проводимой диспансеризации;
- 1.8. отсутствие данных о решении КЭК и о направлении в бюро МСЭ: отсутствие краткого эпикриза (с целью направления, с оценкой состояния больного в динамике, с анализами результатов обследования и лечения, с количеством дней временной утраты нетрудоспособности по последнему случаю временной нетрудоспособности и за последние 12 месяцев, с указанием наличия (или отсутствия) группы инвалидности, предполагаемым трудовым и клиническим прогнозом (с обоснованием). Отсутствие протокола ВК с № и датой.

2) **Дефекты оформления истории развития ребенка ф. №112/у-80**

2.1. неинформативные записи об амбулаторных посещениях (в том числе нечеткое описание жалоб, анамнеза в т. ч. аллергологического, объективных данных, диагноза и его обоснования, назначения диагностических обследований и медицинских вмешательств, а также направление на консультации, показаний к госпитализации и других записей, необходимых для обоснования и выполнения медицинских вмешательств);

2.2. отсутствие записи о проведении осмотра пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме не позднее 2 часов с момента обращения в регистратуру медицинской организации;

2.3. отсутствие плана обследования, плана лечения с учетом лекарственных препаратов, включенных в стандарты медицинской помощи, имеющих частоту применения 1,0, и клинические рекомендации (протоколы лечения) при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза;

2.4. отсутствие установления клинического диагноза с оформлением обоснования соответствующей записью в амбулаторной карте в течение 10 дней с момента обращения;

2.5. назначение медикаментозных средств на русском языке, без указания концентрации, дозы лекарственного средства, кратности приема, а при однократном применении без указания времени суток;

2.6. отсутствие отражения динамики состояния больного в результате проводимого лечения, отсутствие записей о коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения);

2.7. для диспансерных больных - отсутствие этапного эпикриза с комплексной оценкой состояния здоровья, динамикой соматического и неврологического статусов, данных физического, биологического и нервно-психического развития, функционального состояния организма, с отсутствием рекомендаций, включающих медикаментозные и немедикаментозные методы лечения и организацию здорового образа жизни;

2.8. отсутствие данных о решении КЭК и о направлении в бюро МСЭ: отсутствие краткого эпикриза (с целью направления, с оценкой состояния больного в динамике, с анализами результатов обследования и лечения), отсутствие указания на наличие (или отсутствие) группы инвалидности, предполагаемый клинический прогноз (с обоснованием). Отсутствие протокола ВК с № и датой.

3) **Дефекты оформления медицинской карты стационарного больного (Ф.№003/у-80)**

3.1. отсутствие в историях болезни пациентов, поступающих в экстренном порядке, записи осмотра дежурного врача с датой, временем осмотра, описанием патологических изменений, диагнозом и назначениями, а также отсутствие записи врачей других специальностей, принимавших участие в консультации и обследовании пациента;

3.2. отсутствие безотлагательного проведения первичного осмотра пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме;

3.3. отсутствие установления клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления его в профильное отделение, с оформлением обоснования соответствующей записью в стационарной карте, подписанного лечащим врачом и зав. профильным отделением;

3.4. отсутствие плана обследования, плана лечения с назначением лекарственных препаратов на основе стандартов медицинской помощи, и клинических рекомендаций (протоколов лечения) при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента, лабораторных и инструментальных методов исследования;

3.5. отсутствие указания в плане лечения метода (объема) хирургического вмешательства при наличии медицинских показаний, требующих хирургических методов лечения и (или) диагностики;

3.6. отсутствие проведения первичного осмотра и установления предварительного диагноза врачом приемного отделения или врачом профильного отделения (дневного стационара) или врачом отделения анестезиологии-реанимации при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме не позднее 2 часов с момента поступления пациента в медицинскую организацию;

- 3.7. отсутствие записи о проведении первичного осмотра врачом профильного отделения не позднее 3 часов с момента поступления пациента;
- 3.8. отсутствие записи о проведении осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) в течение 48 часов (рабочие дни) с момента поступления, далее не реже 1 раза в неделю;
- 3.9. отсутствие записей лечащего врача профильного отделения, при нахождении пациента в отделении реанимации, палате интенсивной терапии;
- 3.10. отсутствие предоперационного заключения;
- 3.11. отсутствие предоперационного осмотра анестезиолога и протокола анестезиологического пособия;
- 3.12. отсутствие протокола операции;
- 3.13. назначение медикаментозных средств на русском языке, без указания концентрации, дозы, кратности приема, а при однократном применении без указания времени суток;
- 3.14. Отсутствие информативного этапного эпикриза, отражающего:
- динамические изменения в состоянии больного;
 - возникшие осложнения в ходе лечения;
 - резюмированные результаты лабораторных исследований, а также консультаций;
 - определение дальнейших способов лечения (исходя из диагноза);
 - причины длительной госпитализации;
- 3.15. Недостатки, в оформлении документации, повлиявшие:
- на формирование диагноза и диагностические мероприятия – малоинформативное описание жалоб, анамнезов, объективного статуса, дневниковых записей, неинформативные этапные, выписные и посмертные эпикризы (по совокупности выявленных замечаний);
 - на лечение – при наличии дефектов заполнения листа назначений (недопустимые разночтения в листах назначений и истории болезни, кратность введения, доза введения, дата назначения и отмены).
- 4) **Дефекты оформления карты вызова скорой медицинской помощи (Ф.№110/у):**
- 4.1. отсутствие в карте вызова даты, времени (часы, минуты);
- 4.2. отсутствие информации о жалобах и данных анамнеза (при возможности их сбора);
- 4.3. отсутствие данных объективного обследования, позволяющих провести экспертизу качества медицинской помощи;
- 4.4. отсутствие диагноза;
- 4.5. отсутствие времени проведения тромболизиса;
- 4.6. отсутствие описания проведенных манипуляций и мероприятий с указанием пути введения, дозировки лекарственных препаратов, оценки эффективности проведенных мероприятий, описания способа доставки больного в автомобиль скорой медицинской помощи;
- 4.7. отсутствие в картах вызова специализированных бригад СМП: времени проведения ЭКГ, времени проведения реанимационных мероприятий, времени введения ЛП;
- 4.8. отсутствие заключения ЭКГ в карте вызова.

4.1.2. Порядок расчета санкций, применяемых к МО.

Общий размер санкций (С), применяемых к медицинским организациям, рассчитывается по формуле: $C = H + C_{шт}$, где

H - размер неоплаты или неполной оплаты затрат МО на оказание медицинской помощи;

C_{шт} - размер штрафа, применяемого к МО за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание МП ненадлежащего качества.

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат МО на оказание медицинской помощи (H) рассчитывается по формуле: $H = РТ * Кно$, где:

РТ – размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи,

Кно – коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) к порядку организации и проведения контроля (далее - Перечень оснований), предусмотренным в порядке организации и проведения контроля:

Размер Кно	Код дефекта согласно Приложению №8 Приказа ФОМС от 01.12.2010 №230
0,1	3.1; 3.2.1; 3.3.1; 4.2; 4.3
0,3	3.2.2; 3.12; 3.13
0,4	3.2.3; 3.3.2
0,5	1.5; 3.4; 3.5
0,6	3.8
0,7	3.7
0,8	3.6
0,9	3.2.4; 3.11; 3.14; 4.4
1,0	1.4; 3.2.5; 3.10; 4.1; 4.5; 4.6; раздел 5

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

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

РП – размер подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного ТП ОМС в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании МП,

Кшт – коэффициент для определения размера штрафа устанавливается в соответствии с Перечнем оснований:

Размер Кшт	Код дефекта согласно Приложению №8 Приказа ФОМС от 01.12.2010 №230
0,3	1.1.1; 1.1.2; 1.1.3; 3.7; 3.13
0,5	1.5; 2.2.1; 2.2.2; 2.2.3; 2.2.4; 2.2.5; 2.2.6; 2.4.1; 2.4.2; 2.4.3; 2.4.4; 2.4.5; 2.4.6
1,0	1.2.1; 1.3.1; 1.4; 2.1; 2.3; 3.1; 3.6; 3.2.4; 3.11; 3.14; 4.6
3,0	1.2.2; 1.3.2; 3.2.5

4.2. Порядок реализации приказа ФОМС от 01.12.2010 №230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее - Приказ ФОМС от 01.12.2010 № 230).

4.2.1. Проведение целевых медико-экономических экспертиз (МЭЭ).

Целевая МЭЭ проводится в течение месяца после предоставления реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам (одновременно с Протоколом предоставления ТФОМС в СМО реестра счетов в электронном виде, с указанием числа случаев по каждому поводу для проведения целевой МЭЭ), за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Датой окончания целевой МЭЭ является дата подписания акта руководителем СМО.

Целевая МЭЭ проводится в случаях:

1) повторных обращений по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней - при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней - при повторной госпитализации.

Условиями выборки по АПП являются: одна МО, одна СМО, одна специальность, один код МКБ-10 до четвертого знака, повторное обращение по заболеванию (код цели посещения 110, код способа оплаты 93).

Условиями выборки по КрСП и ДнСП являются: одна МО, одна СМО, один профиль, один код МКБ-10 до 4 знака.

Повторными обращениями для проведения целевой МЭЭ не являются:

в амбулаторных условиях – обращения по поводу заболеваний по специальностям «стоматология», «детская стоматология», «лечебное дело»;

в условиях дневного стационара - случаи, предусматривающие этапность лечения, по профилям: онкология, детская онкология, радиология; химиотерапия; детская химиотерапия; радиология; ревматология (проведение пульс-терапии), гематология в части лечения онкогематологии; лечение вирусного гепатита; неврология; нефрология (гемодиализ); репродуктивные технологии; восстановительное лечение (реабилитация).

в условиях круглосуточного стационара - случаи, предусматривающие этапность лечения, по профилям: онкология, детская онкология ревматология (проведение пульс-терапии); детская ревматология (проведение пульс-терапии); химиотерапия; детская химиотерапия; радиология; гематология в части лечения онкогематологии; детская гематология в части лечения онкогематологии, восстановительное лечение пациентов (реабилитация).

2) случаи оказания медицинской помощи с удлиненным или укороченным сроком лечения более чем на 50 процентов от установленного стандартом медицинской помощи или средне сложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи.

Отбор по случаям с отклонением длительности более чем на 50% от средне сложившейся длительности для всех законченных случаев по данному тарифу в отчетном периоде проводится ЦОРОм ТФОМС.

При этом, случаи оказания медицинской помощи с удлиненным или укороченным сроком лечения более чем на 50 процентов для проведения целевой МЭЭ не являются: летальные исходы (код 105, 106, 205, 206, 313 классификатора результатов обращения за МП), самовольно прерванное лечение (код 110 классификатора результатов обращения за МП), срочные роды (код МКБ-10 O80.0) с длительностью пребывания 5 и 6 дней.

3) получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность медицинской помощи в МО.

4.2.2. Проведение плановых и тематических МЭЭ.

Плановая МЭЭ осуществляется в течение месяца по счетам, предоставленным к оплате за оказанную застрахованному лицу медицинскую помощь по ОМС, в соответствии с утвержденным ТФОМС сетевым графиком проверок.

Проведение тематических МЭЭ предусматривается в объеме не менее 40% от плановых МЭЭ.

4.2.3. Проведение целевых экспертиз качества медицинской помощи (ЭКМП).

Целевая ЭКМП проводится в течение месяца после предоставления реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам (одновременно с Протоколом предоставления ТФОМС в СМО реестра счетов в электронном виде, с указанием числа случаев по каждому поводу для проведения целевой МЭЭ), за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации, и случаев, указанных в подпункте «д» пункта 25 Приказа ФОМС от 01.12.2010 № 230.

Датой окончания целевой ЭКМП является дата подписания акта руководителем СМО.

В случае необходимости получения результатов патологоанатомического вскрытия при летальном случае, результатов расследования Роспотребнадзора при внутрибольничном инфицировании, при непредставлении медицинской документации в случаях изъятия документации уполномоченными органами, наличия официального запроса от застрахованного лица (представителя), оформленного в установленном законодательством Российской Федерации порядке, и иных случаях в соответствии с законодательством Российской Федерации и нормативными правовыми актами федеральных органов исполнительной власти (пункты 24, 67 Приказа ФОМС от 01.12.2010 № 230), срок проведения ЭКМП продлевается. Организационные экспертные мероприятия (например, запрос материалов, необходимых для проведения экспертизы качества медицинской помощи и их анализ, переговоры с экспертом качества необходимой специальности) осуществляются в течение месяца после предоставления реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам. Со дня

прекращения обстоятельства, послужившего основанием для продления срока проведения целевой ЭКМП, целевая ЭКМП должна быть проведена СМО в течение месяца.

Целевая ЭКМП проводится в случаях:

1) получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность и качество медицинской помощи в медицинской организации;

2) летальных исходов;

3) внутрибольничного инфицирования и осложнения заболевания;

4) первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;

5) повторного обоснованного обращения по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней – при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней - при повторной госпитализации; в течение суток - при повторном вызове скорой медицинской помощи.

Условиями выборки по амбулаторно-поликлинической помощи являются: одна МО, одна СМО, одна специальность, один код МКБ-10 до четвертого знака, повторное обращение по заболеванию (код цели посещения 110, код способа оплаты 93).

Условиями выборки по КрСП и ДнСП являются: одна МО, одна СМО, один профиль, один код МКБ-10.

Условиями выборки по СМП: одно МО, одно СМО, одно МКБ до подкласса, код результата выезда за исключением: адрес не найден, больной не найден на месте, больной обслужен врачом поликлиники до прибытия, больной увезен до прибытия скорой, вызов отменен, дежурство, ложный вызов, отказ от помощи вызов передан специализированной бригаде; исключить из повторных случаи, если первичный вызов обслужен фельдшерской бригадой, а повторный врачебной или специализированной, первичный вызов обслужен врачебной бригадой, повторный – специализированной.

7) по случаям, отобранным по результатам целевой МЭЭ.

Вид экспертного контроля (целевая МЭЭ или целевая ЭКМП) определяется организатором контроля в зависимости от особенностей каждого конкретного случая:

- при повторном обращении по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней - при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней - при повторной госпитализации,

- при заболеваниях с удлинённым или укороченным сроком лечения более чем на 50 процентов от установленного стандартом медицинской помощи или средне сложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи.

4.2.4. Проведение тематических ЭКМП.

Проведение тематических ЭКМП предусматривается в объеме не менее 40% от плановых ЭКМП.

Приоритетные направления тематических экспертиз – диспансеризация, онкология, назначение препаратов при хроническом болевом синдроме, в том числе сильнодействующие (наркотические) средства, ВМП, неонатология, заболевания группы «Острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей» у детей в возрасте до 7 лет (в т.ч. коды МКБ: J00, J02.0, J02.8, J02.9, J04.0, J04.1, J04.2, J06.0, J06.8, J06.9), травматология и ортопедия, организация медицинской помощи женщинам в период беременности и родов, оказание медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом, острым нарушением мозгового кровообращения, больным с пневмонией, оказание скорой медицинской помощи в зависимости от времени доезда, проведение догоспитальной тромболитической терапии.

4.2.5. Взаимодействие субъектов контроля.

Взаимодействие субъектов контроля осуществляется в порядке, предусмотренном Приказом ФОМС от 01.12.2010 № 230, с учетом следующего:

1) при проведении МЭЭ и ЭКМП МО обязана предоставить в порядке, указанном в запросе, специалистам-экспертам и экспертам качества медицинской помощи в течение 5 рабочих дней после получения запроса первичную медицинскую, учетно-отчетную и прочую

документацию, при необходимости результаты внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи (далее – документация). При невозможности предоставить запрашиваемую документацию, МО письменно информирует СМО в указанный срок об объективных причинах, препятствующих ее предоставлению, и ориентировочных сроках предоставления документации. При не предоставлении документации в указанный срок, либо при не направлении письменной информации об объективных причинах непредоставления документации, СМО имеет право применить код дефекта 4.1 (непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в МО без объективных причин);

2) в случае обжалования заключения СМО по результатам контроля путем направления претензии в ТФОМС, МО обязана предоставить:

а) обоснование претензии;

б) перечень вопросов по каждому оспариваемому случаю;

в) материалы внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи в МО.

Претензии, оформленные с нарушением требований к их предъявлению, возвращаются ТФОМС в МО без рассмотрения.

РАЗДЕЛ 5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

5.1. ПОРЯДОК ФОРМИРОВАНИЯ И ИНДЕКСАЦИИ ТАРИФОВ НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

Формирование тарифов осуществляется в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, утвержденной Приказом от 28.02.2011 N 158н Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования» (в ред. Приказов Минздравсоцразвития России от 10.08.2011 N 897н, от 09.09.2011 N 1036н, Приказов Минздрава России от 22.03.2013 N 160н, от 21.06.2013 N 396н, от 20.11.2013 N 859ан, от 06.08.2015 N 536н, от 25.03.2016 N 192н, от 28.06.2016 N 423н, от 28.09.2016 N 736н) (далее – Правила).

Тарифы на медицинские услуги рассчитываются в соответствии с Правилами и включают в себя статьи затрат, установленные ТПОМС Красноярского края.

Расчет тарифов осуществляется на единицу объема медицинской помощи (1 случай госпитализации, 1 посещение, 1 законченный случай диспансеризации и профилактических медицинских осмотров граждан, 1 пациенто-день лечения, 1 вызов СМП), на медицинскую услугу, за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний), на основе подушевого норматива финансирования МО на прикрепленных к МО застрахованных лиц.

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

Индексация тарифов производится на основании показателей прироста средств ОМС, предусмотренных бюджетом ТФОМС Красноярского края.

При наличии средств для увеличения тарифов на медицинские услуги ТФОМС Красноярского края вносит предложение на рассмотрение комиссии по разработке ТП ОМС тарифов на медицинские услуги и коэффициентов дифференциации и корректировки тарифов на медицинские услуги.

5.2. СРОК ДЕЙСТВИЯ ТАРИФНОГО СОГЛАШЕНИЯ И ПОДПИСИ СТОРОН.

Настоящее Соглашение действует с 1 января 2017 года до 31 декабря 2017 года (включительно).

По взаимному согласию Сторон действие Соглашения может быть продлено на срок не более одного года.

Внесение изменений и дополнений в настоящее Соглашение оформляются путем подписания дополнительных соглашений в соответствии с решениями комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Красноярского края.

Отдельные аспекты оплаты медицинской помощи и взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования Красноярского края установлены в приложениях к настоящему Тарифному соглашению и являются его неотъемлемой частью.

ПОДПИСИ СТОРОН:

Министерство здравоохранения Красноярского края _____

В.Н. Янин

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Красноярского края _____

С.В.Козаченко

Страховые медицинские организации Красноярского края _____

Л.И. Тасейко

Профессиональный союз работников здравоохранения _____

Е.В. Чугуева

Профессиональная некоммерческая ассоциация _____

А.В. Подкорытов



ПОРЯДОК ПРИКРЕПЛЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ К МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИМ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

Принятые сокращения:

ЗЛ – лицо, застрахованное по ОМС на территории Красноярского края.

Информационный ресурс – информационный ресурс ТФОМС Красноярского края «Учет регистрации застрахованных лиц в медицинских организациях», предназначенный для учета прикрепления ЗЛ к МО, их территориальных участков, медицинских работников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь: врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей), фельдшеров (для сельской местности).

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь, включающая в себя первичную доврачебную, первичную врачебную и неотложную медико-санитарную помощь.

ФАП – фельдшерско-акушерский пункт.

РМР – регистр медицинских работников.

МР – медицинский работник.

СМО – страховая медицинская организация.

ОМС – обязательное медицинское страхование.

1. Общие положения

1.1. Настоящий Порядок разработан в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», Федеральным законом от 22.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.04.2012 №406 «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», Приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 №543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», от 26.04.2012 № 407н «Об утверждении порядка содействия руководителем медицинской организации (её подразделения) выбору пациентом врача в случае требования пациента о замене лечащего врача» от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», Приказом Министерства здравоохранения Красноярского края от 24.09.2015 № 60борг «О прикреплении застрахованных», Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 №1342н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи», и определяет на территории Красноярского края порядок реализации гражданами права выбора медицинской организации, а также права на выбор врача.

1.2. Гражданин, застрахованный по ОМС, прикрепляется к МО, оказывающей ПМСП в амбулаторных условиях прикрепленному населению, любой формы собственности, имеющей право на осуществление медицинской деятельности, и включенной в реестр МО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Красноярского края, в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

1.3. Прикрепление ЗЛ к МО, оказывающей ПМСП, осуществляется на основании заявления ЗЛ по форме согласно приложению 2 к настоящему Порядку, поданного на имя руководителя МО.

Прикрепление к МО оказывающей ПМСП ребенка в возрасте до 18 лет включительно осуществляется на основании заявления по форме согласно приложению 2 к настоящему Порядку, поданного на имя руководителя МО одним из родителей или законным представителем ребенка.

Прикрепление к МО, оказывающей ПМСП лица, признанного в соответствии с законодательством Российской Федерации недееспособным, осуществляется на основании заявления по форме согласно приложению 2 к настоящему Порядку, поданного на имя руководителя МО законным представителем указанного лица.

1.4. В МО, выбранной с учетом пункта 1.2. настоящего Порядка, ЗЛ осуществляет выбор врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), с учетом согласия врача.

Выбор врача осуществляется путем подачи ЗЛ заявления на имя руководителя МО (за исключением случаев смены МО в случаях, установленных настоящим Порядком) по форме согласно приложению 2 к настоящему Порядку.

В случае обращения ЗЛ о замене врача руководитель МО должен содействовать выбору другого врача.

При отсутствии в заявлении о выборе МО (врача) сведений о выборе врача либо, отсутствии такого заявления ЗЛ прикрепляется к врачу МО без учета мнения ЗЛ.

1.5. Прикрепление к МО осуществляется ЗЛ не чаще одного раза в календарный год (за исключением случаев изменения места жительства ЗЛ, достижения 18-летнего возраста).

1.6. МО по заявлению ЗЛ беспрепятственно прикрепляет ЗЛ, чье место жительства входит в территорию обслуживания данной МО.

Распределение ЗЛ, прикрепившихся к МО, по врачам участкам (терапевтическим, педиатрическим, общей и семейной практики) осуществляется руководителем МО с учетом выбора ЗЛ врача в соответствии с пунктом 1.4. настоящего Порядка.

1.7. МО вправе отказать ЗЛ в прикреплении в случае, когда место жительства ЗЛ находится вне территории обслуживания МО. Отказ оформляется письменно в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня подачи ЗЛ заявления.

1.8. ЗЛ может быть прикреплено только к одной МО.

1.9. Прикрепленными являются:

- ЗЛ, реализовавшие право выбора МО и врача в соответствии с действующим законодательством (путем подачи заявления);
- ЗЛ, не реализовавшие право выбора МО путем подачи заявления, прикрепляются к МО на основании их регистрации по месту жительства или месту фактического проживания при этом, за ЗЛ сохраняется право выбора МО путем подачи заявления, а также выбора врача (с учетом согласия врача).

1.10. Организация закрепления адресов мест регистрации и фактического проживания за МО находится в компетенции министерства здравоохранения Красноярского края.

1.11. Организация оказания ПМСП осуществляется по территориально-участковому принципу. В районах сельской местности, где ПМСП на местах выполняют МР ФАПов, МО, расположенные на территории муниципального образования, выполняют распределение фельдшерских участков по участковым врачам.

1.12. На территории Красноярского края учет прикрепления ЗЛ к МО осуществляется с использованием информационного ресурса ТФОМС Красноярского края «Учет регистрации застрахованных лиц в медицинских организациях» (далее - информационный ресурс).

1.13. Информационный ресурс предназначен для автоматизированного учета прикрепления ЗЛ к МО с использованием интернет-технологий, интернет-сервисов и информационных систем МО с применением средств защиты информации. Инструкция по работе с информационным ресурсом располагается на сайте ТФОМС по ссылке: http://www.krasmed.ru/health_facilities/software.php.

2. Порядок работы медицинской организации при прикреплении гражданина

2.1. При обращении ЗЛ (его представителя) с заявлением о выборе МО, оказывающей ПМСП, МО на информационном ресурсе, проверяет дату его последнего прикрепления, тип и МО прикрепления, о результатах информирует ЗЛ (его представителя).

2.2. Информация, представленная в заявлении, сверяется уполномоченным лицом МО с данными оригиналов документов ЗЛ или их нотариально заверенными копиями (приложение 1). Исправления в заявлении недопустимы.

2.3. МО, на основании заявления и документов ЗЛ с использованием информационного ресурса, создает и сохраняет электронную копию заявления. МО обеспечивает ведение электронной базы данных прикрепленного населения с использованием информационного ресурса.

2.4. Заявления регистрируются уполномоченным лицом МО в журнале регистрации заявлений о выборе МО (приложение 3).

3. Порядок работы медицинской организации при откреплении гражданина

3.1. На основании сведений об исключении ЗЛ из РС ЕРЗ в связи с его смертью или прохождением военной службы, полученных от СМО при проведении сверки численности прикрепленного населения, МО оказывающее ПМСП в течение 3 (трех) рабочих дней снимает гражданина с медицинского обслуживания.

3.2. МО, оказывающая ПМСП, снимает ЗЛ с обслуживания на педиатрическом участке в течение 3 (трех) дней с момента достижения 18-летнего возраста. ЗЛ прикрепляется на информационном ресурсе к участку МО, оказывающей ПМСП взрослому населению, по территориально-участковому признаку.

4. Порядок работы медицинской организации при организации участков

4.1. Ведение участков в МО производится с помощью информационного ресурса.

4.2. Организацию распределения адресов по участкам выполняет МО.

4.3. При реорганизации участков, создании нового врачебного участка, закрытии существующего, изменении адресной сетки, назначении МР, обслуживающего участок, оформляется внутренний приказ МО.

4.4. В течение 3 (трех) рабочих дней с момента вступления в силу приказа о создании/изменении участков, МО вносит изменения в информационный ресурс, РМР, в информационную систему МО, после чего участки считаются организованными и не подлежат изменению до внесения изменений в приказ.

4.5. В случае закрытия участка, МО указывает в приказе, на какой участок перемещаются адреса, относящиеся к закрываемому участку, и прикрепленные к участку ЗЛ. Если МР прекратил работу в МО, ЗЛ могут быть перемещены на другой участок (переданы другому МР) и должны быть уведомлены об изменениях при обращении в МО.

4.6. При получении информации от СМО или ТФОМС в устной или письменной форме о том, что адрес, относящийся к территории обслуживания МО, не распределен по участкам, МО в течение 4 (четырёх) рабочих часов или до конца рабочего дня через информационный ресурс добавляет адрес к участку (участкам).

4.7. В случае кадровых изменений МО на основании приказа о назначении нового специалиста, обслуживающего участок, в течение 1 (одного) рабочего дня вносит изменения в РМР.

5. Порядок работы страховой медицинской организации

5.1. При обращении гражданина для получения полиса ОМС, СМО посредством своего программного обеспечения, определяет МО прикрепления гражданина по территориально-участковому принципу.

5.2. СМО, при оформлении документа подтверждающего факт страхования, информирует ЗЛ о праве выбора МО для получения ПМСП.

5.3. Если по адресу регистрации или по фактическому адресу проживания не удастся определить МО прикрепления, СМО, с согласия ЗЛ, снимает копии с документов, подтверждающих адрес регистрации по месту жительства, и в течение 1 (одного) рабочего дня передает лицу, ответственному за ведение справочника адресов в ТФОМС.

5.4. Если по адресу регистрации или по фактическому адресу проживания не удастся определить участок прикрепления (участковой поликлиники), СМО информирует МО в течение 1 (одного) рабочего дня об адресе, не внесенном на участок.

5.5. На основании сведений об изменении МО прикрепления, полученных через защищенный канал VipNet от ТФОМС, СМО проверяет сведения о ЗЛ в собственной базе данных и, в случае расхождения с данными ТФОМС, вносит изменения.

5.6. СМО ежедневно работает над актуализацией данных ЗЛ, неприкрепленных к МО, с целью обеспечения прикрепления всех ЗЛ к МО.

6. Порядок взаимодействия МО и СМО

6.1. МО, оказывающее ПМСП, ежемесячно, в течение 2 (двух) рабочих дней месяца, следующего за отчетным, формирует через информационный ресурс акты сверки численности прикрепленного населения и направляет их в СМО.

6.2. СМО в течение 3 (трех) рабочих дней с момента поступления акта сверки численности прикрепленного населения, обслуживаемого МО, проводит сверку и возвращает в МО, оказывающую ПМСП, подписанный акт сверки.

6.3. МО и СМО ежедневно работают над актуализацией данных ЗЛ, не прикрепленных к участкам и к врачам, с целью обеспечения прикрепления ЗЛ к участкам и к врачам в МО.

Перечень документов, предъявляемых гражданином при подаче заявления

- 1) Для детей после государственной регистрации рождения и до четырнадцати лет, являющихся гражданами Российской Федерации:
 - свидетельство о рождении;
 - документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка;
 - полис обязательного медицинского страхования ребенка.
- 2) Для граждан Российской Федерации в возрасте четырнадцати лет и старше:
 - паспорт гражданина Российской Федерации или временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта;
 - полис обязательного медицинского страхования.
- 3) Для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом "О беженцах":
 - удостоверение беженца или свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу;
 - копия жалобы на решение о лишении статуса беженца, поданной в Федеральную миграционную службу с отметкой о ее приеме к рассмотрению;
 - свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации;
 - полис обязательного медицинского страхования.
- 4) Для иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации:
 - паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;
 - вид на жительство;
 - полис обязательного медицинского страхования.
- 5) Для лиц без гражданства, постоянно проживающих в Российской Федерации:
 - документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;
 - вид на жительство;
 - полис обязательного медицинского страхования.
- 6) Для иностранных граждан, временно проживающих в Российской Федерации:
 - паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;
 - разрешение на временное проживание в Российской Федерации;
 - полис обязательного медицинского страхования.
- 7) Для лиц без гражданства, временно проживающих в Российской Федерации:
 - документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;
 - разрешение на временное проживание в Российской Федерации либо документ установленной формы, выдаваемый в Российской Федерации лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего его личность;
 - полис обязательного медицинского страхования.
- 8) Для представителя гражданина, в том числе законного:
 - документ, удостоверяющий личность, и документ, подтверждающий полномочия представителя;
- 9) В случае изменения места жительства - документ, подтверждающий факт изменения места жительства.

Руководителю медицинской организации

_____ (наименование медицинской организации)

_____ (фактический адрес медицинской организации)

_____ (Ф.И.О. руководителя медицинской организации)

от _____

_____ (Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ № _____
о выборе медицинской организации

Прошу прикрепить меня (меня или застрахованное лицо (Ф.И.О.), законным представителем* которого я являюсь) к медицинской организации в связи с (нужное выделить знаком «V»):

- _____ первичным выбором медицинской организации;
- _____ выбором медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение года;
- _____ выбором медицинской организации в связи со сменой места жительства;
- _____ прекращением деятельности медицинской организации;
- _____ откреплением от медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь исключительно детскому населению, в связи с достижением 18-летнего возраста.

Сведения о застрахованном лице:

1. Фамилия _____
 2. Имя _____
 3. Отчество (при наличии) _____
 4. Пол _____
 5. Дата рождения: _____
 6. Место рождения _____
 7. Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность) _____
(серия, номер, дата и место выдачи документа)
 8. Вид на жительство (для иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации) _____
 9. Место жительства (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника): _____
(серия, номер, дата и место выдачи документа)
 10. Адрес регистрации:
(совпадает с адресом места жительства,) _____
 11. Дата регистрации _____
 12. Страховой медицинский полис (серия, номер) _____
 13. Наименование страховой медицинской организации, в которой застрахован гражданин _____
- *для ребенка до достижения им совершеннолетия, либо до приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - его родителями или другими законными представителями, для недееспособных граждан – опекунами.
14. Наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления _____
 15. Являюсь / является (нужное выделить знаком «V»):
_____ гражданином Российской Федерации;

- _____ лицом, имеющим право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом о беженцах;
 _____ иностранным гражданином, постоянно проживающим в Российской Федерации;
 _____ лицом без гражданства, постоянно проживающим в Российской Федерации;
 _____ иностранным гражданином, временно проживающим в Российской Федерации;
 _____ лицом без гражданства, временно проживающим в Российской Федерации.
16. Гражданство _____

Сведения о представителе застрахованного лица* (заполняется при подаче заявления представителем застрахованного лица):

1. Фамилия _____
2. Имя _____
3. Отчество (при наличии) _____
4. Дата рождения _____
5. Отношение к гражданину: отец, мать, иное (нужное подчеркнуть)
6. Основания для представления интересов застрахованного лица: несовершеннолетний ребенок, недееспособность, попечительство (нужное подчеркнуть) или другое (указать) _____
7. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя _____
8. Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность) _____
 (серия, номер, дата и место выдачи документа)
9. Контактная информация (застрахованного лица, представителя застрахованного лица):
 Телефон: _____
 e-mail: _____

Дополнительно сообщая:

(по желанию может быть представлена информация о наличии льгот, серьезных заболеваний и пр.)

Подпись застрахованного лица (законного представителя) _____

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», выражаю медицинской организации согласие на обработку моих персональных данных, (включая информирование по вопросам проведения профилактических осмотров, диспансеризации, вакцинопрофилактике, лекарственного обеспечения и др.) по указанным в заявлении о выборе медицинской организации контактными номерами телефонов, по электронной почте и/или через аккаунт социальной сети.

Подпись застрахованного лица (законного представителя) _____

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

Приложение 3

Журнал регистрации заявлений застрахованных лиц о выборе медицинской организации

№ п/п	Дата подачи заявления о выборе МО	ФИО застрахованного лица	Дата рождения	ФИО законного представителя	Наименование МО по прежнему месту прикрепления/обслуживания	Дата прикрепления к выбранной МО	Дата отказа в прикреплении к выбранной МО	Причина отказа в прикреплении к МО	Подпись уполномоченного лица от МО	Подпись застрахованного лица или его законного представителя
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

ПОРЯДОК ИДЕНТИФИКАЦИИ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

Принятые сокращения:

РС ЕРЗ - региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц;

ЦС ЕРЗ - центральный сегмент единого регистра застрахованных лиц;

ФЛК – форматно-логический контроль;

ДПФС – документ подтверждающий факт страхования по ОМС;

ТП ОМС – территориальная программа обязательного медицинского страхования.

1. Общие положения

1.1. Оплате за счет средств ОМС подлежит медицинская помощь, оказанная лицам, застрахованным в соответствии с законодательством РФ об ОМС, предъявившим страховой медицинский полис обязательного страхования граждан (далее – полис ОМС) и документ, удостоверяющий личность.

1.2. В случаях оказания медицинской помощи гражданам, не имеющим на руках полиса ОМС, медицинские организации осуществляют проверку факта страхования гражданина в соответствии с Порядком идентификации застрахованного лица (далее - Порядок).

1.3. Настоящий Порядок определяет условия взаимодействия участников ОМС на территории Красноярского края для определения страховой принадлежности лиц при оказании им медицинской помощи в рамках реализации Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Правил ОМС, утвержденных Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н.

2. Порядок работы медицинской организации

2.1. Для определения страховой принадлежности МО формируют и передают в ТФОМС реестры счетов за МП, оказанной по ТП ОМС, в установленном порядке и сроки.

2.2. В случае оказания МП лицу, не имеющему документа, подтверждающего право на ОМС, или отказа СМО в оплате МП по причине отсутствия данных о пролеченном лице в РС ЕРЗ СМО, МО выполняет следующие действия:

- определяет страховую принадлежность ЗЛ с использованием имеющихся в МО информационных ресурсов для поиска в РС ЕРЗ;
- направляет запрос на определение страховой принадлежности в ТФОМС, в электронном виде;
- обеспечивает оформление реестра-ходатайств об идентификации ЗЛ, не прошедшего идентификацию в РС ЕРЗ (далее – реестр ходатайств).

3. Сроки подачи запроса и ходатайства МО

3.1. Запрос в РС ЕРЗ, посредством имеющихся в МО информационных ресурсов, выполняется в день обращения за МП ЗЛ, не имеющего документов, подтверждающих право на ОМС.

3.2. Запрос на определение страховой принадлежности в электронном виде направляется в ТФОМС:

- при лечении в стационаре - в день госпитализации;

- при оказании амбулаторно-поликлинической помощи – в день обращения.

3.3. Запрос на идентификацию в случае отказа в оплате счета по причине отсутствия данных о ЗЛ в РС ЕРЗ СМО, направляется в ТФОМС в день поступления отказа.

3.4. Реестр ходатайств оформляется и направляется в ТФОМС на бумажном носителе, заверенном подписью и печатью руководителя МО, не позднее 3 (трех) рабочих дней со дня получения ответа на запрос об определении страховой принадлежности от ТФОМС, по каналам связи защищенной сети VipNet, по форме согласно приложению 1 к настоящему Порядку.

В Территориальный фонд ОМС Красноярского края

Реестр ходатайств

(наименование МО)
об идентификации застрахованного лица
за период с «__» _____ по «__» _____

Прошу идентифицировать граждан согласно прилагаемому списку в качестве лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию.

№ п/п	Фамилия	Имя	Отчество	пол	Дата рождения	Место рождения	Документ, удостоверяющий личность	Гражданство	Адрес места пребывания								Дата направления запроса - ходатайства в электронном виде	
									Почтовый индекс	Субъект РФ	район	город	Населенный пункт	улица	№ дома	Корпус		Квартира
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1.																		
2.																		

Информация при отсутствии документов может быть заполнена со слов гражданина.

Обязательными для заполнения являются графы 2,3,4,6,8.

Контактная информация МО: Телефон (с кодом) _____

Адрес электронной почты: _____

(Подпись представителя ходатайствующей организации)

(расшифровка подписи)

Дата: _____

М.П.

4. Порядок работы ТФОМС Красноярского края

ТФОМС обеспечивает выполнение следующих действий:

4.1. В течение 1 (одного) рабочего дня, следующего за днем получения от МО реестра счета, выполняет поиск действующего полиса в РС ЕРЗ, результат которого направляет в МО со следующими данными:

- записи о лицах, не прошедшие ФЛК и идентификацию в связи с ошибками в идентифицирующих реквизитах;
- записи о лицах, идентифицированных в РС ЕРЗ;
- записи о лицах, не идентифицированных в РС ЕРЗ.

4.2. В течение 5 (пяти) рабочих дней со дня получения реестра счета от МО, направляет в ЦС ЕРЗ запрос на определение страховой принадлежности лиц не идентифицированных в РС ЕРЗ. Результаты проверки в течение 3 (трех) рабочих дней предоставляет в МО со следующими данными:

- записи о лицах, застрахованных на других территориях Российской Федерации;
- записи о лицах, не прошедших идентификацию в ЦС ЕРЗ.

4.3. В течение 5 (пяти) рабочих дней со дня получения реестра ходатайств от МО, специалист ТФОМС, ответственный за идентификацию, осуществляет проверку на наличие у ЗЛ действующего полиса в РС ЕРЗ и ЦС ЕРЗ. Результаты проверки в течение 3 (трех) рабочих дней предоставляет в МО со следующими данными:

- записи о лицах, застрахованных на территории Красноярского края и других территориях Российской Федерации;
- записи о лицах, не прошедших идентификацию в РС ЕРЗ и ЦС ЕРЗ.

5. Порядок определения факта страхования лица, которому оказывается медицинская помощь

5.1. В целях уточнения факта страхования лиц, в период оказания им МП, МО формирует и передает запрос в РС ЕРЗ.

5.2. Ведение РС ЕРЗ осуществляется ТФОМС на основании Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных Приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 №158н, Приказа Минздравсоцразвития России от 25.11.2011 №29н «Об утверждении порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования», Приказа 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».

5.3. Доступ к информации о ДПФС осуществляется по защищенному каналу связи сети VipNet и организован следующим образом:

- На соответствующем Web-ресурсе ТФОМС. Инструкция и правила по пользованию web-ресурсом размещены на сайте «www.krasmed.ru» в разделе «Медицинским организациям -> Программное обеспечение»;
- С использованием сервисов SOAP в автоматизированном режиме взаимодействия информационных систем. Адрес описания web-сервиса (WSDL): http://IPVipNet:8001/soa-infra/services/default/RznSearchService/RznSearchService_ep?WSDL, где IPVipNet – это IP адрес VipNet тоннеля.

5.4. Для определения страховой принадлежности МО формируют и не реже 1 (одного) раза в день, передают запросы для поиска в РС ЕРЗ и ЦС ЕРЗ информацию о страховании пациентов. МО предоставляет в ТФОМС соответствующие списки в формате информационных файлов. В представленный МО файл, ТФОМС включает элемент OSPR с результатами сверки. Для реестров по скорой медицинской помощи сведения вносятся в раздел STR_OMS (информация о страховании по ОМС).

5.5. В качестве идентифицирующих реквизитов установлены следующие идентификаторы:

- фамилия, имя, отчество;
- дата рождения;
- данные документа, удостоверяющего личность;
- адрес проживания (регистрации) пациента.

Значения кодов по итогам сверки, вносимые в поле RESALT, представлены в Таблице 1.

5.6. Для сверенных с РС ЕРЗ и ЦС ЕРЗ записей заполняются все элементы.

5.7. Для не сверенных записей дополнительные поля не заполняются. Если ЦС ЕРЗ возвращает запись с признаком ошибки, в поле REASON вносится ее описание.

Таблица 1

Значение кодов для элемента RESALT:

Код	Результат обработки:
0	Критическая ошибка ФЛК. Определение страховой принадлежности не проводится.
1	Гражданин, в период получения медицинской помощи, имеет действующий полис ОМС, выданный СМО Красноярского края.
2	Полис ОМС, в период получения гражданином медицинской помощи, закрыт в связи с получением сведений о регистрации смерти застрахованного лица из ЗАГС.
3	Гражданин застрахован на территории другого субъекта РФ или имеет регистрацию по месту жительства в других субъектах РФ. Направлены в ЦС ЕРЗ на определение страховой принадлежности.
4	Гражданин - иностранец, не имеющий, вида на жительство или разрешения на временное проживание, лицо без гражданства, не имеющее вида на жительство или разрешения на временное проживание. Направлены в ЦС ЕРЗ на определение страховой принадлежности.
5	Гражданин - военнослужащий или относится к категории, приравненной к ним направлены в ЦС ЕРЗ на определение страховой принадлежности.
6	Идентифицирован представитель пациента.
8	Не идентифицированные в РС ЕРЗ записи. Направлены в ЦС ЕРЗ на определение страховой принадлежности, если отсутствуют ошибки, критические для идентификации.
9	Не идентифицированные в ЦС ЕРЗ записи. Для запросов от МО в элемент CODSK_OUR вносится код СМО, в которую направлены сведения по гражданину.
10	Лицо идентифицировано и застраховано СМО. Примечание: также вносится для случаев страхования, поданных ранее в ТФОМС с кодом «13». Заполняет СМО.
11	На период лечения действующий полис не обнаружен. На момент обработки есть действующий полис. Направлены в ЦС ЕРЗ на определение страховой принадлежности.
12	Застрахованное лицо в период получения медицинской помощи, имеет действующий полис ОМС, выданный другой СМО Красноярского края. Заполняет СМО.
13	Выдача полиса ОМС застрахованного лица требует более 3 (трех) рабочих дней. Заполняет СМО.
14	Гражданин не подлежит ОМС (отсутствуют идентифицирующие документы). Заполняет СМО.

Примечание: пропущенные коды (7) зарезервированы.

Варианты ответа из ЦС:

- Идентифицирован, как застрахованный на другой территории с действующим полисом. Код 3.
- Идентифицирован, как застрахованный на другой территории с закрытым полисом. Не застрахован. Код 9.

Направлен в СМО для страхования.

- Не идентифицирован в ЦС ЕРЗ. Код 9. Направлен в СМО для страхования.
- Ошибка в данных. Идентификация невозможна. Код 0. МО исправляет ошибки.

Для взаимодействия ТФОМС и СМО:

- Полис в РС ЕРЗ закрыт.
- Полис в ЦС ЕРЗ (краевой) открыт. Код 9. Направлен в СМО для страхования.

Результаты определения страховой принадлежности направляются в МО. Имя архива соответствует имени исходного архива от МО с добавлением префикса Р. Все не сверенные с РС ЕРЗ направляются в ЦС ЕРЗ. Результат сверки в ЦС ЕРЗ направляется в МО. Файл – ответ от ЦС ЕРЗ содержит только таблицу со сведениями о пациенте с добавленным элементом OSPR. Имя архива соответствует имени исходного архива от МО с добавлением префикса CS_P.

При определении факта страхования детей необходимо учитывать следующее:

- ОМС детей до дня государственной регистрации рождения (получения свидетельства о рождении) осуществляется СМО, в которой застрахованы их матери или другие законные представители;
- после государственной регистрации рождения ОМС ребенка осуществляет СМО, выбранная его родителями или другими законными представителями – в этом случае факт страхования подтверждает временное свидетельство или полис ОМС, выданный ребенку.

Приложение 3 к Тарифному соглашению

Порядок расчета стоимости медицинской помощи и услуг в системе ОМС Красноярского края с применением технологии централизованной обработки реестров в ТФОМС Красноярского края.

1. Основные принципы системы оплаты медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи, оказываемой МО, производится на основании предъявляемых счетов-реестров (на бумажном и электронном носителях) (Приложения №№ 8, 9, 10, 11 к Порядку ЦОР), с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

МО формируют и передают в ТФОМС Красноярского края реестры счетов за оказанную медицинскую помощь в отчетном периоде не позднее 23:00 часов последнего рабочего дня отчетного месяца. Реестры, поступившие в ТФОМС Красноярского края позже указанного времени, будут отнесены к периоду, следующему за отчетным.

ТФОМС Красноярского края производит расчет стоимости медицинской помощи на основании реестров, поступивших в течение всего отчетного месяца.

В расчете стоимости медицинской помощи участвуют реестры счетов, прошедшие ПАК и загруженные в базу данных за текущий месяц, а также реестры за медицинскую помощь, оказанную в предыдущих периодах, поступившие в текущем месяце.

Расчет стоимости производится на основании методики расчета суммы оплаты медицинской помощи (раздел 2 настоящего порядка).

Плановая стоимость медицинской помощи на год с разбивкой по кварталам и показатели эффективности деятельности утверждаются КРТП. Стоимость медицинской помощи на месяц определяется как 1/3 стоимости на квартал.

2. Методика расчета суммы оплаты медицинской помощи.

2.1. ТФОМС Красноярского края на основании реестров, полученных от МО до 23:00 часов последнего рабочего дня отчетного месяца, в течение пяти рабочих дней месяца, следующего за отчетным, проводит расчет стоимости медицинской помощи после проведения ПАК.

2.2. ТФОМС не позднее 23.00 часов пятого рабочего дня месяца, следующего за отчетным, формирует базу принятых к оплате реестров, на основании которой:

- МО формируют счета на оплату и представляют в СМО и ТФОМС в течение трех рабочих дней после получения от ТФОМС проектов печатных сводных счетов реестров, протокола расчета стоимости;

- СМО и ТФОМС формируют акты принятых к оплате реестров (приложение 2.3.) с учетом МЭК.

2.3. Расчет суммы оплаты медицинской помощи производится по подушевым нормативам финансирования на соответствующий период:

для медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением установленного плана по диспансеризации и медицинским осмотрам, посещений Центров здоровья, посещений в неотложной форме, процедур гемодиализа;

для скорой медицинской помощи за исключением установленного плана по вызовам.

2.4. Оплата производится за фактически выполненные объемы в соответствии с установленным алгоритмом (п.2.5):

для медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, включая ВМП;

для медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, включая процедуры гемодиализа;

для законченных случаев диспансеризации и медицинских осмотров (профилактических, предварительных, периодических), посещений Центров здоровья, неотложных посещений, процедур гемодиализа при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях (при отсутствии прикрепленного населения);

для скорой медицинской помощи (при оплате за вызовы).

2.5. Если поликлиника, круглосуточный или дневной стационары, скорая медицинская помощь по итогам первого месяца квартала **перевыполнили объемные и стоимостные (финансовые) показатели** медицинской помощи (**или только стоимостные**), оплата производится по фактически принятым к оплате счетам-реестрам, при этом сумма перевыполнения уменьшает плановую стоимость на последующие месяцы до конца года равными частями.

Аналогичный алгоритм применяется в случае перевыполнения **объемных и стоимостных (финансовых) показателей** медицинской помощи (**или только стоимостных**) по итогам второго месяца квартала.

По итогам квартала на основании оценки обоснованности перевыполнения плановых объемов и стоимости медицинской помощи (или только стоимости) за квартал проводится перераспределение плановых показателей (и/или уменьшение коэффициента уровня оказания медицинской помощи), начиная со следующего квартала.

Если поликлиника, круглосуточный или дневной стационары, скорая медицинская помощь по итогам первого месяца квартала не выполнили **объемные и стоимостные (финансовые) показатели** медицинской помощи (**или только стоимостные**), оплата производится по фактически принятым к оплате счетам-реестрам, при этом, сумма невыполнения суммируется к плановой стоимости на следующий месяц квартала.

Аналогичный алгоритм применяется в случае невыполнения **объемных и стоимостных (финансовых) показателей** медицинской помощи (**или только стоимостных**) по итогам второго месяца квартала.

По итогам квартала на основании оценки обоснованности невыполнения плановых объемов и стоимости медицинской помощи (или только стоимости) за квартал проводится перераспределение плановых показателей, начиная со следующего квартала.

При отклонении фактических показателей от плановых по итогам:

1 квартала – на 15% и более;

1 полугодия – на 10% и более;

9 месяцев – на 5% и более,

осуществляется корректировка распределенных объемов медицинской помощи и финансовых средств, тарифов на медицинские услуги.

Алгоритм расчета стоимости ВМП с учетом округлений.

По идентификаторам тарифа ВМП (уровень, код тарифа, код МО) в справочнике тарифов (KRASFOMS_TARIF_DDMMYYYY_NN.DBF) определяется значение стоимости ВМП.

Стоимость ВМП по базовому тарифу (Sбаз) умножается на соответствующее значение поля K_L «Коэффициент уровня», и значение поля K_N «Коэффициент дифференциации» справочника «Индексы и коэффициенты к тарифам» (таблица KRASFOMS_IND_DDMMYYYY_NN), полученное значение округляется до двух знаков после запятой – **Ситод = Окp(Sбаз* K_L*K_N)**. Полученная сумма **Ситод** отражается в файле реестров счетов МО в элементах с суммой, предъявленной к оплате МО; сумма, принятая к оплате СМО или ТФОМС отражается в элементах с суммой, принятой к оплате.

Алгоритм расчета стоимости амбулаторно-поликлинической помощи (АПП)

Этап 1. Для расчета стоимости АПП в зависимости от цели посещения определяется способ оплаты в соответствии со справочником связи цели посещения и способа оплаты (APV_OPL).

В зависимости от способа оплаты используется соответствующий коэффициент:

Для профилактического посещения – Кп (поле K_PP таблицы KRASFOMS_IND_DDMMYYYY_NN);

для посещения с неотложной целью - Кн (поле K_PN таблицы KRASFOMS_IND_DDMMYYYY_NN);

для обращения по заболеванию - коэффициент удорожания Ко (поле K_SPEC таблицы KRASFOMS_TAR_POL_DDMMYYYY_NN) .

Для данной МО тариф ОМС по специальности из таблицы KRASFOMS_TAR_POL_DDMMYYYY_NN (ТарифОМС) умножается на соответствующий коэффициент способа оплаты (см. выше), на коэффициент дифференциации, отражающий уровень заработной платы (Кдфзп) (поле K_N таблицы KRASFOMS_IND_DDMMYYYY_NN) и на коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание имущества медицинских организаций (Кдфимуц) (поле K_P таблицы KRASFOMS_IND_DDMMYYYY_NN).

Для профилактических посещений и посещений по неотложной помощи полученное значение умножается на количество посещений, полученное произведение округляется до двух знаков после запятой $S_{баз} = \text{ОКРУГЛ}(\text{Тарифспец} * (\text{Кп}, \text{Кн}) * \text{Кзп} * \text{Кси}, 2)$. Для обращений по заболеванию при количестве посещений по законченному случаю обслуживания равному или больше 2, $S_{баз} = \text{ОКРУГЛ}(\text{Тарифспец} * (\text{Ко}) * \text{Кзп} * \text{Кси}, 2)$. Для специальностей стоматология и стоматология детская расчет стоимости посещения производится с учетом количества УЕТ (условных единиц трудоемкости) по следующему алгоритму: $S_{баз} = \text{ОКРУГЛ}(\text{Тарифспец} * (\text{Кп}, \text{Кн}) * \text{Кзп} * \text{Кси} * \text{Кол-воУЕТ}, 2)$, для обращения по заболеванию $S_{баз} = \text{ОКРУГЛ}(\text{Тарифспец} * \text{Кзп} * \text{Кси} * \text{Кол-воУЕТ}, 2)$.

Примечания:

В электронных реестрах за оказанную амбулаторно-поликлиническую помощь по законченному случаю обслуживания (обращению по заболеванию) формируются отдельные элементы SLUCHMED по каждому посещению этого случая, при этом, для способа оплаты по обращению, данные о стоимости вносятся только в элемент с записью последнего посещения в рамках одной специальности, в случае наличия двух посещений в один день - в элемент с большим значением идентификатора случая.

При выборе тарифа по определенной специальности необходимо учитывать возраст пациента: для пациентов в возрасте до 17 лет 11 месяцев 29 дней включительно применяются детские тарифы, для всех остальных – взрослые тарифы. Если при приеме ребенка в возрасте до 17 лет 11 месяцев 29 дней включительно у данной медицинской организации отсутствует детский тариф, расчет ведется по взрослому тарифу.

В электронных реестрах за оказанную амбулаторно-поликлиническую помощь должны присутствовать данные об услугах, оплачиваемых по тарифам амбулаторных специальностей. Данные об услугах амбулаторно-поликлинической помощи, оплачиваемые по другим типам реестров (например, реестры по диспансеризации, профилактическим осмотрам), в данном типе реестров не передаются.

Примечание.

Под округлением понимается математическое округление до двух знаков после запятой, если не указано иное. Общее правило: число округляется до N-ого знака в зависимости от N+1 знака: если N+1 знак <5 , то N-ый знак не меняется, а N+1 и все последующие знаки обнуляются. Если N+1 знак ≥ 5 , то N-ый знак увеличивается на единицу, а все знаки, начиная с N+1, обнуляются.

При подготовке отчетных форм всех видов для печати в поля или строки с тарифами или суммами оплаты, вносятся значения с количеством знаков после запятой, соответствующим числу знаков в соответствующем элементе файла реестра счетов. В поля или строки, отображающие итоговые суммы по оплате, вносятся значения, получаемые при сложении стоимости по каждой услуге, округленной в соответствии с правилами, изложенными в настоящем Приложении.

**ПОРЯДОК ИНФОРМАЦИОННОГО ОБМЕНА В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ.**

Настоящий документ устанавливает общие принципы информационного обмена в системе ОМС при персонифицированном учете медицинской помощи на территории Красноярского края.

Участники информационного обмена в системе ОМС Красноярского края.

Персонифицированный учет медицинской помощи:

- Медицинские организации, работающие в системе обязательного медицинского страхования.
- Страховые медицинские организации, имеющие установленное законодательством право страховой деятельности в системе ОМС.
- Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Красноярского края.

Деперсонифицированные данные и нормативно-справочная информация:

- Министерство здравоохранения Красноярского края.
- Красноярский краевой медицинский информационно-аналитический центр.

Принятые сокращения:

ИС ТФОМС	Информационная система ТФОМС Красноярского края
ЕРЗЛ	Единый регистр застрахованных по ОМС лиц.
ЦС ЕРЗЛ	Центральный сегмент ЕРЗЛ, ведение и поддержку которого осуществляет ФОМС
РС ЕРЗЛ	Региональный сегмент ЕРЗЛ на территории Красноярского края, ведение и поддержку которого осуществляет ТФОМС Красноярского края
ЦОР	Централизованная обработка реестров счетов МО за медицинскую помощь и услуги, оказанные по программе ОМС.
ПАК	Первичный автоматизированный контроль реестров МО, осуществляемый Фондом.
Комиссия	Комиссия по разработке Территориальной программы ОМС Красноярского края
НСИ	Нормативно-справочная информация
ПО	Программное обеспечение
СП	Страховая принадлежность
ДПФС	Документ, подтверждающий факт страхования
ТС	Тарифное Соглашение системы ОМС Красноярского края
ТК	Технический контроль
ФЛК	Форматно-логический контроль
Минздрав	Министерство здравоохранения Красноярского края
WEB-браузер	Программа для просмотра веб-страниц (преимущественно из сети Интернет). Например: Mozilla Firefox, Google Chrome, Internet Explorer.
ЭЦП	Электронно-цифровая подпись
СКЗИ	Средства криптографической защиты информации
МКБ	Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем
ЛП	Лекарственный препарат
КСГ	Клинико-статистическая группа
КПГ	Клинико-профильная группа
ВМП	Высокотехнологическая медицинская помощь
БД	База данных
МП	Медицинская помощь
АПП	Амбулаторно-поликлиническая помощь
КС	Стационар круглосуточного пребывания
ДС	Стационар дневного пребывания
ВУ	Внешние услуги
СМП	Скорая медицинская помощь
ЕСВС	Единая система ведения справочников

КМИАЦ	Красноярский краевой медицинский информационно-аналитический центр
Стандарт	Стандарт передачи информации реестров счетов МО за медицинскую помощь и медицинские услуги, оказанные в рамках программы ОМС.
Участник	Участник информационного обмена в системе ОМС
Реестр	Персоналифицированные реестры счетов за медицинские услуги, оказанные в МО застрахованным лицам в рамках программы ОМС

Законодательные и нормативные документы в системе ОМС.

1. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 25.01.2011 №29н «Об утверждении Порядка ведения персоналифицированного учета в сфере ОМС»;
2. Приказ ФОМС от 07.04.2011 №79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере ОМС» (в ред. приказа ФОМС от 09.09.2016 №169);
3. Федеральный закон от 15.11.1997 №143-ФЗ «Об актах гражданского состояния» (в ред. 30.03.2016г).
4. Федеральный закон от 27.06.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (в ред. 21.07.2014г).

Общие положения.

Настоящий порядок определяет форматы, условия, правила формирования и передачи данных при персоналифицированном учете МП между участниками информационного обмена в системе ОМС Красноярского края. Информация предоставляется в соответствии с настоящим Порядком, Тарифным соглашением, решениями Комиссии.

В основе информационного обмена при персоналифицированном учете медицинской помощи установлен принцип централизованной обработки данных на базе ИС ТФОМС Красноярского края (Приложение 1 к настоящему Порядку.)

Стандарты и регламенты, определяющие информационный обмен, основываются на нормативных и иных документах Правительства РФ, Министерства здравоохранения РФ, ФФОМС, Правительства Красноярского края. К разработке стандартов и регламентов привлекаются организации – Участники информационного обмена и разработчики программного обеспечения.

Пересмотренные и вновь принятые документы, регламентирующие информационный обмен, вступают в силу через два месяца после утверждения, в связи с необходимостью доработки ПО Участников. Сроки ввода в действие указанных документов могут быть изменены по решению Комиссии. Внесение изменений в документы, регламентирующие информационный обмен, утверждается Комиссией. Соблюдение требований стандартов и регламентов является обязательным для всех Участников. Сведения, не соответствующие стандартам или содержащие критические ошибки, представленные любым Участником, считаются недостоверными и не принимаются к дальнейшему рассмотрению и обработке. Информация, передаваемая с помощью электронных средств в установленных стандартами форматах, должна полностью соответствовать подтверждающим или сопроводительным бумажным документам. Различия в итоговых значениях показателей или дат в бумажном документе и его электронном аналоге, относят представленную информацию к недостоверной, в связи с чем, данные такого типа, как на бумаге, так и на электронном носителе к дальнейшему рассмотрению и обработке не принимаются.

Защита информации.

Данные, передаваемые в системе ОМС, содержат персональные сведения о лицах, фактах их обращения за МП, состоянии здоровья, диагнозе, которые, в соответствии с действующим законодательством, относятся к конфиденциальной информации. В связи с этим, все Участники информационного обмена обязаны обеспечить защиту хранимой и передаваемой информации от несанкционированного доступа третьих лиц.

Передача данных между Участниками осуществляется в системе защищенного электронного документооборота единой информационной системы ОМС Красноярского края по каналам связи на базе технологии VipNet, включающей средства криптографической защиты информации и электронной цифровой подписи. В иных случаях, информация передается на машинных носителях уполномоченным лицом, утверждаемым приказом руководителя Участника о праве доступа к конфиденциальной информации. Ответственность за сохранность информации при транспортировке несет организация, осуществляющая передачу информации.

Нормативно-справочная информация.

В системе здравоохранения и ОМС на территории Красноярского края для обеспечения единообразия информационного обмена используются справочники "Единой Системы Ведения Справочников системы здравоохранения и ОМС Красноярского края" (ЕСВС). Нормативно-справочная информация Федеральных органов (Минздрав РФ, ФОМС и др.) входит в ЕСВС. За ведение и распространение справочников отвечают ККМИАЦ и Фонд. Использование справочников ЕСВС при предоставлении реестров счетов является обязательным для всех Участников.

ККМИАЦ публикует справочники ЕСВС, необходимые для информационного обмена и описание к ним, на сайте www.kmiac.ru. Фонд публикует справочники и описание к ним на сайте www.krasmed.ru.

Ответственность за своевременность и достоверность публикации и распространения справочников несут Фонд и ККМИАЦ. Ответственность за своевременность обновления справочников в своих ИС несут владельцы и пользователи информационных систем.

Правила кодирования данных.

Все элементы, предусмотренные Стандартами, должны быть заполнены, если иное не оговорено в описании к ним. Нормированные элементы заполняются значениями из справочников или кодами, указанными в описании к ним. Данные передаются в формате XML с кодовой страницей Win 1251. Для упаковки файлов используется архивирование (упаковка) по алгоритму ZIP, если в Стандарте не указан другой.

В XML-данных не допускается наличие элементов, не предусмотренных стандартами.

Реестры счетов, представленные с нарушением перечисленных правил, не принимаются, оплата по ним не производится.

Программное обеспечение, с помощью которого осуществляется заполнение элементов с GUID, должно контролировать уникальность значений и исключать возможность формирования дубликатов GUID в базе данных МО.

Список приложений к Порядку информационного обмена в системе ОМС Красноярского края.

1. Порядок централизованной обработки реестров счетов МО за МП и услуги, оказанные по программе ОМС ([Приложение 1](#)).
2. Стандарт информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной МП по программе ОМС в условиях стационаров круглосуточного и дневного пребывания и амбулаторно-поликлинических подразделений ([Приложение 2](#)).
3. Порядок информационного взаимодействия при персонифицированном учете сведений об оказанной СМП ([Приложение 3](#)).
4. Порядок информационного взаимодействия при персонифицированном учете оказанной медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам несовершеннолетних и профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения ([Приложение 4](#)).
5. Учет результатов экспертиз и корректировок счетов-реестров за МП и услуги, зарегистрированных в ИС ТФОМС ([Приложение 5](#)).
6. Форматно-логический и медико-экономический контроль реестров счетов при персонифицированном учете МП ([Приложение 6](#)).
7. Порядок сверки принятых к оплате реестров счетов МО со списком признанных страховых случаев по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве Красноярского регионального отделения Фонда социального страхования РФ ([Приложение 7](#)).
8. Порядок передачи информации о фактическом финансировании СМО медицинских организаций по программе ОМС ([Приложение 8](#)).

ПОРЯДОК ЦЕНТРАЛИЗОВАННОЙ ОБРАБОТКИ РЕЕСТРОВ СЧЕТОВ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ И УСЛУГИ, ОКАЗАННЫЕ ПО ПРОГРАММЕ ОМС

1. Общие положения

Настоящий документ определяет правила централизованной обработки реестров счетов МО, за медицинскую помощь и услуги, оказанные МО в рамках программы ОМС в части:

- регламента обмена данными в системе ОМС Красноярского края при централизованной обработке реестров счетов за медицинскую помощь и услуги на базе ИС ТФОМС Красноярского края.

2. Регламент информационного обмена в системе ОМС Красноярского края при централизованной обработке реестров счетов за медицинскую помощь и услуги на базе ИС ТФОМС Красноярского края.

2.1. В документе приведены порядок и правила информационного взаимодействия:

- между ТФОМС и МО при обмене данными по представленным МО персонализированным сведениям за оказанную МП лицам, застрахованным по ОМС как на территории Красноярского края, так и за его пределами; результатами проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления МП; определению факта страхования пролеченного лица;
- между СМО и МО при предоставлении МО персонализированных счетов за МП, оказанную застрахованным СМО лицам;
- между ТФОМС и СМО при предоставлении СМО результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления МП при приеме счетов к оплате;
- между ТФОМС, СМО и МО НСИ, необходимой для формирования персонализированного учета в сфере ОМС.

Сформулированные в рамках настоящего документа требования являются обязательными для всех участников ОМС, осуществляющих информационный обмен.

2.2. Требования к ПО участников информационного взаимодействия.

2.2.1 Информационные системы должны обеспечивать:

в медицинских организациях:

- передачу в ТФОМС запроса на проверку информации о страховании пациента в момент регистрации случая обращения для получения МП;
- передачу в ТФОМС персонализированных сведений за оказанную медицинскую помощь лицам, застрахованным по ОМС с целью проведения ПАК;
- прием от ТФОМС результатов ПАК предъявленных МО персонализированных счетов реестров; анализ результатов и внесение исправлений по выявленным ошибкам;
- повторную передачу в ТФОМС исправленных персонализированных счетов реестров за оказанную МП лицам, застрахованным по ОМС;
- прием от ТФОМС персонализированного реестра счетов с результатами МЭК, МЭЭ, ЭКМП, проведенного СМО и ТФОМС (при межтерриториальных взаиморасчетах)
- загрузку с сайта ТФОМС и ККМИАЦ НСИ по ОМС, действующей на отчетный период.

в страховых медицинских организациях:

- прием от МО персонифицированных реестров счетов за МП, оказанную МО за отчетный период застрахованным в данной СМО лицам; проведение по полученным счетам МЭК, МЭЭ и ЭКМП;
- прием от ТФОМС персонифицированных случаев оказания медицинской помощи, подлежащих целевой экспертизе;
- передачу в ТФОМС персонифицированного реестра счетов с результатами МЭК, МЭЭ и ЭКМП;
- прием от ТФОМС Протокола передачи данных с результатами МЭК, МЭЭ и ЭКМП, акта повторного МЭК;
- корректировку ошибок, повторную передачу в ТФОМС реестра с результатами МЭК, МЭЭ и ЭКМП;
- загрузку с сайта ТФОМС и ККМИАЦ НСИ по ОМС, действующей на отчетный период.

в ТФОМС:

- передачу информации о страховании пациентов по запросам МО;
- прием от МО персонифицированных счетов реестров за оказанную медицинскую помощь лицам, застрахованным по ОМС;
- проведение ПАК предъявленных МО персонифицированных счетов реестров; формирование и передачу в МО результатов ПАК;
- расчет стоимости оказанных медицинских услуг;
- формирование реестров счетов МО за МП, оказанную ЗЛ за отчетный период в разрезе плательщиков (СМО и ТФОМС); формирование печатных форм сводного счёта-реестра;
- передачу в СМО персонифицированных счетов за МП, оказанную МО за отчетный период застрахованным в данной СМО лицам;
- Передачу в СМО персонифицированных случаев оказания медицинской помощи, подлежащих целевой экспертизе;
- прием от СМО результатов проведения МЭК, МЭЭ и ЭКМП реестров счетов МО;
- проведение ФЛК результатов проведения в СМО МЭК, МЭЭ и ЭКМП реестров счетов МО;
- проведение МЭК, МЭЭ и ЭКМП реестров счетов МО за МП, оказанную лицам, застрахованным за пределами Красноярского края;
- передачу в МО результатов проведенного СМО и ТФОМС МЭК, МЭЭ, ЭКМП реестров счетов МО за МП, оказанную ЗЛ;
- хранение и аналитическую обработку персонифицированных сведений за оказанную МП лицам, застрахованным по ОМС;

2.3. Требования по защите информации.

2.3.1. Участники информационного взаимодействия самостоятельно организуют и обеспечивают защиту конфиденциальной информации, в т.ч. персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.3.2. В информационных системах участников должны быть реализованы и применяться следующие меры:

- идентификация и аутентификация пользователей;
- управление доступом пользователей;
- ограничение программной среды;
- защита машинных носителей информации, на которых хранится и (или) обрабатывается конфиденциальная информация, в т.ч. персональные данные;
- регистрация событий безопасности;
- антивирусная защита;
- обнаружение (предотвращение) вторжений;
- контроль (анализ) защищенности конфиденциальной информации, в т. ч. персональных данных;
- обеспечение целостности информационной системы и персональных данных;
- исключение несанкционированного доступа к техническим средствам, обрабатывающим конфиденциальную информацию, в т.ч. персональные данные; средствам, обеспечивающим функционирование информационной системы; и в помещения, в которых они постоянно расположены;

выделение из локальной вычислительной сети сегмента, в котором осуществляется обработка конфиденциальной информации, в т.ч. персональных данных (далее – защищенный сегмент);

обеспечение защиты периметров локальной сети и ее сегментов, путем межсетевого экранирования;

исключение прямого беспроводного подключения в защищенный сегмент сети участника;

выявление инцидентов (одного события или группы событий), которые могут привести к сбоям или нарушению функционирования информационной системы и (или) к возникновению угроз безопасности конфиденциальной информации, в т.ч. персональных данных (далее - инциденты), и реагирование на них.

2.3.3. Информационный обмен между участниками осуществляется только по защищенным каналам связи, с применением сертифицированных средств криптографической защиты информации.

До введения технологии безбумажного документооборота и электронной подписи при формировании счетов МО за МП, оказанную застрахованным по ОМС, обмен файлами сопровождается документами на бумажных носителях, подписанных собственноручными подписями должностных лиц, ответственных за представление сведений, и заверенных оттисками печати МО.

Взаимодействие может производиться в 2-х вариантах:

обмен информационными посылками с участием операторов;

обмен информационными сообщениями с использованием сервисов SOAP (вводится в действие с момента готовности ПО сторон) в автоматизированном режиме взаимодействия информационных систем.

2.4. Порядок информационного взаимодействия участников ОМС по персонифицированным счетам за МП, оказанную ЗЛ.

2.4.1. МО в ежедневном режиме формируют и передают по VIPNET в ТФОМС реестры счетов в электронном виде за МП и услуги, оказанные в отчетном периоде для проведения ПАК, для случаев оказания МП в условиях круглосуточного и дневного пребывания: определения КСГ, расчета стоимости лечения по КСГ. (Приложения №№2,3,4 к Порядку информационного обмена). Для предотвращения переполнения очереди на обработку реестров МО не должна допускать:

передачу дубликатов посылок;

повторную передачу всего массива реестров (в том числе принятых к оплате или прошедших контроль).

2.4.2.ТФОМС обеспечивает: круглосуточную работу сервиса по приему и обработке реестров счетов, ПАК; размещение информации об их обработке на web – ресурсе раздела: «Очередь посылок на обработку»; публикацию на указанном ресурсе оперативной информации о реестрах, прошедших ПАК и принятых к расчету стоимости в отчетном периоде;

2.4.2.1. В рамках приема и обработки реестров выполняет следующие операции ПАК:

2.4.2.1.1. ФЛК;

2.4.2.1.2.идентификацию ЗЛ по РС ЕРЗЛ, определение СМО, ответственной за оплату счета (приложение 2 к Тарифному соглашению);

2.4.2.1.3.выявление ЗЛ, которым оказана медицинская помощь вне территории страхования, и определение их территории страхования;

2.4.2.2. в течение одного рабочего дня возвращает в МО результаты ПАК (Приложения №№1-3 к Порядку (ЦОР), Приложения №№2,3,6 к Порядку информационного обмена)

2.4.2.3. для лиц, страховая принадлежность которых не определена, формирует и передает запрос ЦС ЕРЗЛ, в течение 5 рабочих дней получает ответ ЦС ЕРЗЛ с результатами запроса и передает его в МО.

2.4.3.МО обрабатывают полученные результаты с целью исправления ошибок. Исправленные реестры направляют повторно в ТФОМС. Реестры, обработанные ТФОМС до 23:00 последнего рабочего дня отчетного месяца, при условии успешного прохождения ПАК, принимают участие в расчете стоимости оказанной МП. Все реестры, обработанные ТФОМС позже указанного времени, в расчетах текущего месяца участие не принимают. Расчет стоимости по этим реестрам осуществляется в следующем месяце.

2.4.4 ТФОМС по завершении приема реестров за отчетный период (последний рабочий день отчетного месяца, 23-00) в течение пяти рабочих дней проводит расчет стоимости, автоматизированный МЭК ТФОМС реестров счетов (при межтерриториальным расчетах), осуществляет

формирование проектов печатных сводных счетов-реестров (Приложение №№8-13.1 к Порядку (ЦОР)), реестров счетов в электронном виде от МО к СМО (по прошедшим контроль реестрам), от МО к ТФОМС по межтерриториальным расчетам (Приложения №2, 3, 4, 5 к «Порядку информационного обмена в системе ОМС»), протокол расчета стоимости (Приложение №14 к Порядку (ЦОР)) и направляет по защищенному каналу связи в МО - проекты печатных сводных счетов-реестров, протокол расчета стоимости и в СМО – проекты печатных сводных счетов-реестров, персонифицированных реестров счетов в электронном виде, протокол расчета стоимости, акт приема-передачи принятых к оплате счетов реестров (Приложение №19 к Порядку ЦОР) (не позднее 23.00 5-го рабочего дня месяца, следующего за отчетным). По внешним диагностическим услугам ТФОМС направляет проекты печатных сводных счетов-реестров и реестры счетов в электронном виде МО – заказчику для согласования с исполнителем.

2.4.5. МО в течение 3 рабочих дней после получения от ТФОМС проектов сводных счетов реестров, протокола расчета стоимости подписывает сводные счета реестры и счета на оплату по всем видам МП (кроме внешних диагностических услуг) и направляет в СМО и ТФОМС (по межтерриториальным расчетам) (Приложение №№8-13.1 к Порядку ЦОР). Сводные счета реестры за внешние диагностические услуги МО подписывает с заказчиком, после чего направляет в СМО и ТФОМС (по межтерриториальным расчетам). При наличии разногласий между заказчиком и исполнителем внешних диагностических услуг к сводному счету прилагается персонифицированный список несогласованных услуг, который направляется в СМО (ТФОМС) для снятия по результатам МЭК.

2.4.6. СМО на основании протокола расчета стоимости производят оплату МО.

2.4.7. ТФОМС, начиная с шестого рабочего дня месяца, следующего за отчетным, в течение пяти рабочих дней осуществляет:

- перенос в хранимую базу реестров счетов по условиям оказания медицинской помощи;
- обновление кубов в информационной системе по всем типам реестров в ПК «Аналитик»;
- производит сверку обновленных данных в кубе «Отчет свод принятых реестров» с первичными данными, с учетом данных результатов МЭК, МЭЭ, ЭКМП, принятых за предыдущий месяц.

2.4.8. СМО в течение 5 рабочих дней после получения от ТФОМС проектов печатных сводных счетов реестров, реестров счетов в электронном виде, протоколов расчета стоимости, актов приема-передачи принятых к оплате счетов реестров:

2.4.8.1. выполняют МЭК реестров, предоставленных МО; в т.ч. учитывается МЭК по внешним услугам (в соответствии с п.2.4.5).

2.4.8.2. формируют в электронном виде и передают в ТФОМС реестры счетов со сведениями о не принятых к оплате случаях лечения (результаты МЭК) (Приложения №№ 2, 3, 4, 5, 6 к Порядку информационного обмена), протокол передачи данных о результатах МЭК (приложение № 4 к Порядку (ЦОР)), протокол передачи данных о результатах МЭЭ и ЭКМП (приложение №5 к Порядку (ЦОР)), файлы с результатами МЭЭ и ЭКМП (Приложение № 2 к Порядку информационного обмена).

Примечание: Финансовые санкции (уменьшение оплаты) учитываются в следующем отчетном периоде; Результаты МЭК учитываются в соответствии с классификатором причин отказа в отчетности (форма ПГ).

2.4.8.3. формируют и передают в МО акты МЭК (приложения 16, 17 к Порядку ЦОР), акты МЭЭ и ЭКМП (Приложение 14 к Порядку ЦОР).

2.5. ТФОМС в течение шести рабочих дней от даты получения реестра СМО:

2.5.1. проводит повторный плановый МЭК реестров СМО (по неакцептованным реестрам счетов), ФЛК реестров с результатами МЭК, МЭЭ и ЭКМП. Возвращает протокол приема файлов с результатами МЭК, МЭЭ и ЭКМП (Приложения 6, 7 к Порядку ЦОР), акт повторного МЭК в СМО (приложение 17 к Порядку ЦОР). Результаты повторного МЭК учитываются в следующем отчетном периоде (СМО увеличивает финансирование МО), если данные с результатами МЭК, МЭЭ, ЭКМП СМО передала позже установленного срока (после 11 рабочего дня месяца), переданные сведения учитываются в следующем отчетном периоде;

2.5.2. передает в МО пакет данных с персонифицированными результатами МЭК, МЭЭ и ЭКМП от СМО и по межтерриториальным взаиморасчетам;

2.5.3 осуществляет перенос в хранимую базу данных результатов МЭК, МЭЭ, ЭКМП, сверку с первичными данными, обновление кубов в информационной системе по условиям оказания медицинской помощи;

2.6.СМО в течение одного рабочего дня от даты получения Акта повторного МЭК подписывают его и направляют в ТФОМС.

2.7.МО в течение одного рабочего дня от даты получения Актов МЭК, МЭЭ, ЭКМП подписывает их и направляет в СМО и ТФОМС (межтерриториальные взаиморасчеты).

2.8.В случае несогласия с результатами МЭК реестра счетов, МО (СМО) вправе обжаловать заключение путем подачи претензии (Приложение 18 к Порядку ЦОР) в ТФОМС в течение 15 рабочих дней со дня получения акта МЭК. ТФОМС выполняет повторный МЭК реестра счетов, указанного в претензии МО (СМО).

2.9. Передача документов (актов МЭК и т.п.) с подписями в бумажном виде и(или) в электронном виде с ЭЦП, выполняется непосредственно между МО и СМО.

2.10. МО: принимает реестр с персонифицированными результатами МЭК, МЭЭ, ЭКМП, регистрирует результат в собственной ИС. Корректирует записи, снятые с оплаты по результатам МЭК, которые могут быть предъявлены на оплату повторно, и передает их в ТФОМС в следующем отчетном периоде.

2.5. Перечень всех информационных сообщений.

№ п/п	Вид информационного сообщения	Направление обмена	Периодичность	Комментарий
1	Определение страховой принадлежности лица, получившего медпомощь по ЕРЗЛ	МО в ТФОМС	При необходимости	Порядок идентификации застрахованного лица на основании сведений РС и ЦС ЕРЗЛ приведен в Приложении 2 к Тарифному соглашению
2	Передача персонифицированных сведений об оказанной МП лицам, застрахованным по ОМС	МО в ТФОМС	Ежедневно, последний срок приема реестров – 23-00 последнего рабочего дня отчетного месяца	Структура и формат передаваемой информации определены Приложениями №№2, 3, 4 к «Порядку информационного обмена в системе ОМС Красноярского края»
3	Передача результатов ПАК	ТФОМС в МО	В течение одного рабочего дня	Протокол ПАК – Приложения 1-3 к Порядку ЦОР, Структура и формат передаваемой информации определены Приложениями 2, 3, 4, 6 к Порядку информационного обмена в системе ОМС
4	Формирование и передача проектов сводных счетов реестров, реестров счетов в электронном виде (по прошедшим контроль реестрам) протокола расчета стоимости, акт приема-передачи принятых к оплате счетов реестров	ТФОМС в МО и СМО	До 23.00 часов-5- го рабочего дня месяца следующего за отчетным	Проекты печатных сводных счетов реестров- Приложения 8-13.1-к Порядку ЦОР , реестры счетов в электронном виде от МО к СМО, от МО к ТФОМС (по межтерриториальным расчетам)- Приложения 2, 3, 4 к «Порядку информационного обмена в системе ОМС Красноярского края», протокол расчета стоимости- Приложение 14-к Порядку ЦОР, акт приема-передачи принятых к оплате счетов реестров – Приложение 19 к Порядку ЦОР.
5	Формирование и передача электронных персонифицированных счетов и проектов сводных счетов-реестров, протокола расчета стоимости	МО в СМО (ТФОМС) с использованием ЦОР	В течение трех рабочих дней после получения от ТФОМС проектов печатных сводных счетов реестров, протокола расчета стоимости	Структура и формат передаваемой информации определены Приложениями 2, 3,4 к «Порядку информационного обмена», сводные счета реестров – Приложения 8- 13.1 к Порядку (ЦОР)
6	Передача результатов МЭК, МЭЭ и ЭКМП (по медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории Красноярского края)	СМО в ТФОМС, СМО в МО с использованием ЦОР	В течение пяти рабочих дней после получения от ТФОМС проектов печатных сводных счетов реестров, реестров счетов в электронном виде, протоколов расчета стоимости, актов приема-передачи принятых к оплате счетов реестров	Структура и формат передаваемой информации определены по МЭК Приложением 5 к «Порядку информационного обмена». Протокол передачи - Приложение 4 к Порядку ЦОР- Акт МЭК – Приложения 15,16 к Порядку ЦОР, реестр актов МЭЭ – Приложение 15 к Порядку ЦОР; по МЭЭ и ЭКМП - Приложение 10 к «Порядку информационного обмена»
7	Передача результата ФЛК, повторного МЭК	ТФОМС в СМО	В течение -шести рабочих дней от даты получения реестра СМО	Структура и формат передаваемой информации определены Приложениями 2, 3, 4, 5, 6 к «Порядку информационного обмена». Протокол приема - Приложение 6 к Порядку ЦОР, Акт повторного МЭК – Приложение 17 к Порядку ЦОР
8	Передача результатов МЭК, МЭЭ, ЭКМП (от СМО и по МП, оказанной ЗЛ за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис ОМС)	ТФОМС в МО	в течение шести рабочих дней от даты получения реестра СМО	Структура и формат передаваемой информации определены Приложением 5 к «Порядку информационного». акты МЭК – Приложения 16-18 к Порядку ЦОР, реестр актов МЭЭ – Приложение 15 к Порядку ЦОР.

Протокол первичного автоматизированного контроля пакета реестров счетов

1. Свод по пакету

Код организации, представившей информацию:
 Наименование организации, представившей информацию:
 Дата обработки:
 Имя файла:
 Месяц принятия к оплате:
 Номер -реестра:

Наименование базового элемента	Количество элементов в составе базового элемента
SCHET	
ZAP	
PACIENT	
SLUCH	
USL	
LP	
OPERATION	
EXP	

2. В составе пакета:

2.1. Счетов за амбулаторно-поликлиническую помощь:

Предоставлено счетов:	
Профилактических посещений:	
Обращений по заболеваемости:	
- в т.ч. посещений в обращениях:	
Посещений по неотложной помощи:	
Иные посещения	

Элемент ZAP:

Кол-во записей с ошибками	Код ошибки	Наименование ошибки	Примечание
---------------------------	------------	---------------------	------------

Элемент PACIENT:

Кол-во записей с ошибками	Код ошибки	Наименование ошибки	Примечание
---------------------------	------------	---------------------	------------

Элемент SLUCH:

Кол-во записей с ошибками	Код ошибки	Наименование ошибки	Примечание
---------------------------	------------	---------------------	------------

Элемент USL:

Кол-во записей с ошибками	Код ошибки	Наименование ошибки	Примечание
---------------------------	------------	---------------------	------------

Элемент LP:

Кол-во записей с ошибками	Код ошибки	Наименование ошибки	Примечание
---------------------------	------------	---------------------	------------

Прошло контроль счетов всего :
 Профилактических посещений:
 Обращений по заболеваемости:
 - в т.ч. посещений в обращениях
 Посещение по неотложной помощи:
 Иные посещения
 Не прошло контроль счетов всего :
 Профилактических посещений:
 Обращений по заболеваемости:
 - в т.ч. посещений в обращениях
 Посещение по неотложной помощи:
 Иные посещения

2.2. Счетов за лечение в условиях стационара круглосуточного пребывания:

Предоставлено счетов всего:

В т.ч. по стационару

в т.ч. по ВМП:

Элемент ZAP:

Кол-во записей с ошибками	Код ошибки	Наименование ошибки	Примечание
---------------------------	------------	---------------------	------------

Элемент PACIENT:

Кол-во записей с ошибками	Код ошибки	Наименование ошибки	Примечание
---------------------------	------------	---------------------	------------

Элемент SLUCH:

Кол-во записей с ошибками	Код ошибки	Наименование ошибки	Примечание
---------------------------	------------	---------------------	------------

Элемент USL:

Кол-во записей с ошибками	Код ошибки	Наименование ошибки	Примечание
---------------------------	------------	---------------------	------------

Элемент LP:

Кол-во записей с ошибками	Код ошибки	Наименование ошибки	Примечание
---------------------------	------------	---------------------	------------

Элемент OPERATION:

Кол-во записей с ошибками	Код ошибки	Наименование ошибки	Примечание
---------------------------	------------	---------------------	------------

Прошло контроль счетов всего :

В т.ч. по стационару:

в т.ч. по ВМП:

Не прошло контроль счетов всего :

В т.ч. по стационару:

в т.ч. по ВМП:

2.3. Счетов за лечение в условиях стационара дневного пребывания:

Предоставлено счетов:

Элемент ZAP:

Кол-во записей с ошибками	Код ошибки	Наименование ошибки	Примечание
---------------------------	------------	---------------------	------------

Элемент PACIENT:

Кол-во записей с ошибками	Код ошибки	Наименование ошибки	Примечание
---------------------------	------------	---------------------	------------

Элемент SLUCH:

Кол-во записей с ошибками	Код ошибки	Наименование ошибки	Примечание
---------------------------	------------	---------------------	------------

Элемент USL:

Кол-во записей с ошибками	Код ошибки	Наименование ошибки	Примечание
---------------------------	------------	---------------------	------------

--	--	--	--

Элемент LP:

Кол-во записей с ошибками	Код ошибки	Наименование ошибки	Примечание
---------------------------	------------	---------------------	------------

Элемент OPERATION:

Кол-во записей с ошибками	Код ошибки	Наименование ошибки	Примечание
---------------------------	------------	---------------------	------------

Прошло контроль счетов:

Не прошло контроль счетов:

2.4. Счетов за оказание лечебно-диагностических («внешних») услуг по направлениям сторонних МО:

Предоставлено счетов:

Элемент ZAP:

Кол-во записей с ошибками	Код ошибки	Наименование ошибки	Примечание
---------------------------	------------	---------------------	------------

Элемент PACIENT:

Кол-во записей с ошибками	Код ошибки	Наименование ошибки	Примечание
---------------------------	------------	---------------------	------------

Элемент SLUCH:

Кол-во записей с ошибками	Код ошибки	Наименование ошибки	Примечание
---------------------------	------------	---------------------	------------

Элемент USL:

Кол-во записей с ошибками	Код ошибки	Наименование ошибки	Примечание
---------------------------	------------	---------------------	------------

Элемент LP:

Кол-во записей с ошибками	Код ошибки	Наименование ошибки	Примечание
---------------------------	------------	---------------------	------------

Не прошло контроль счетов:

Протокол первичного автоматизированного контроля пакета реестров счетов за СМП

1. Свод по пакету

Код организации, представившей информацию:
Наименование организации, представившей информацию:
Дата обработки:
Имя файла:
Месяц принятия к оплате:
Номер реестра:

Наименование базового элемента	Количество элементов в составе базового элемента
ZAP	
PERS	
SLUCH	
SCHET	

2. В составе пакета:

2.1. Счетов за СМП:

<i>Предоставлено счетов:</i>	
<i>Количество вызовов:</i>	
<i>Сумма:</i>	

Элемент ZAP:

Кол-во записей с ошибками	Код ошибки	Наименование ошибки	Примечание

Элемент PERS:

Кол-во записей с ошибками	Код ошибки	Наименование ошибки	Примечание

Элемент SLUCH:

Кол-во записей с ошибками	Код ошибки	Наименование ошибки	Примечание

Прошло контроль счетов всего :
Количество вызовов
Сумма:

Не прошло контроль счетов всего :
Количество вызовов
Сумма:

Протокол первичного автоматизированного контроля пакета реестров счетов по законченным случаям диспансеризации/профосмотров (наименование)

<i>Код организации, представившей информацию:</i>	
<i>Наименование организации, представившей информацию:</i>	
<i>Дата обработки:</i>	
<i>Имя файла:</i>	
<i>Месяц принятия к оплате:</i>	
<i>Номер реестра:</i>	

Наименование базового элемента	Кол-во элементов в составе базового элемента

Сведения об ошибках в обработанных записях

Базовый элемент	Кол-во записей с ошибками	Код ошибки	Наименование ошибки	Примечание

По представленному реестру приняты данные по ___ пациентам, ___ осмотрам, ___ исследованиям и ___ факторам риска.

___ пациента(ов) отправлены на определение страховой принадлежности в ЦС ЕРЗЛ!

Приложение № 4 к Порядку ЦОР

Протокол передачи данных о результатах МЭК реестров за _____
АПП, КС, ДС, ВУ, СМП

Учреждение, представившее информацию: _____

Поданный файл: _____

Отчетный период: _____

Дата подачи: _____

Номер реестра: _____

Предоставлено счетов: **1** На сумму: **0,00 руб.**

в т.ч. отказано по результатам МЭК счетов: **0** На сумму: **0,00 руб.**

МО	Всего счетов		В т.ч. отказано по результатам МЭК	
	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма
Итого:				

Приложение № 5 к Порядку ЦОР

Протокол передачи данных о результатах МЭЭ и ЭКМП за _____
АПП, КС, ДС, ВУ, СМП

Учреждение, представившее информацию: _____

Поданный файл: _____

Дата учёта экспертизы: _____

Дата подачи: _____

Номер реестра: _____

Предоставлено счетов: **1** На сумму: **0,00 руб.**

в т.ч. штрафы: **0** На сумму: **0,00 руб.**

МО	МЭЭ			ЭКМП			Всего	
	Кол-во	Сумма удержания	Сумма штрафа	Кол-во	Сумма удержания	Сумма штрафа	В т.ч. сумма удержания	В т.ч. Сумма штрафа
Итого:								

Приложение № 6 к Порядку ЦОР

Протокол проверки файла результатов МЭК счетов реестров за _____
вид помощи

Учреждение, представившее информацию: _____

Поданный файл: _____

Дата учёта экспертизы: _____

Номер реестра: _____

Предоставлено счетов: **1** На сумму: **0,00 руб.**

в т.ч. отказано по результатам МЭК: **0** На сумму: **0,00 руб.**

Критические ошибки	Код ошибки	Кол-во записей
Не заполненные поля		

Не соответствие НСИ или неверное заполнение			
--	--	--	--

Принято счетов: **1** На сумму: **0,00 руб.**
 в т.ч. отказано по результатам МЭК **0** На сумму: **0,00 руб.**

МО	Предъявлено		МЭК	
	Кол-во счетов (по паспортной части)	Сумма, руб.	Кол-во счетов (по паспортной части)	Сумма отказа, руб.
Итого:				

Не принято счетов: **0** На сумму: **0,00 руб.**

ТФОМС: Принял: _____

Дата: _____

СМО: Сдал: _____

Дата: _____

Приложение №7 к Порядку ЦОР

**Протокол проверки файла результатов МЭЭ и ЭКМП счетов реестров за _____
вид помощи**

Учреждение, представившее информацию:

Поданный файл:

Дата учёта корректировки:

Предоставлено счетов:

в т.ч. внешних услуг:

в т.ч. ВМП

в т.ч. штрафы:

Согласовано с МО счетов

в т.ч. корр. ранее принятых:

Не согласовано с МО счетов:

в т.ч. корр. ранее принятых:

На сумму:

На сумму:

На сумму:

На сумму:

На сумму:

На сумму:

На сумму:

На сумму:

На сумму:

Корректировка по счетам реестрам

Штрафные санкции

Медико-экономическая экспертиза (код. кор. 3**)

Не согласованные с МО счета

№	Наименование МУ	Источник финансирования	Кол-во прол.	Кол-во к/дн	Сумма ОМС, руб.	Сумма ВМП, руб.	Штрафы, руб.
	ИТОГО:						

Согласованные с МО счета

№	Наименование МУ	Источник финансирования	Кол-во прол.	Кол-во к/дн	Сумма ОМС, руб.	Сумма ОМС к фин. учету, руб.	Сумма ВМП, руб.	Сумма ВМП к фин. учету, руб.	Штрафы, руб.	Штрафы к фин. учету, руб.
	ИТОГО:									

Экспертиза качества (код. кор. 4**)

Не согласованные с МО счета

№	Наименование МУ	Источник финансирования	Кол-во прол.	Кол-во к/дн	Сумма ОМС, руб.	Сумма ВМП, руб.	Штрафы, руб.
	ИТОГО:						

Согласованные с МО счета

№	Наименование МУ	Источник финансирования	Кол-во прол.	Кол-во к/дн	Сумма ОМС, руб.	Сумма ОМС к фин. учету, руб.	Сумма ВМП, руб.	Сумма ВМП к фин. учету, руб.	Штрафы, руб.	Штрафы к фин. учету, руб.
	ИТОГО:									

Не принято счетов:

в т.ч. внешних услуг:

в т.ч. ВМП:

в т.ч. штрафы:

Согласованно с МО счетов

в т.ч. корр. ранее принятых:

Несогласованно с МО счетов:

На сумму:

На сумму:

На сумму:

На сумму:

На сумму:

На сумму:

На сумму:

ТФОМС: Принял: _____

СМО: Сдал: _____

Дата: _____

Дата: _____

Приложение №8 к Порядку ЦОР

СВОДНЫЙ СЧЕТ ПО ОПЛАТЕ УСЛУГ СТАЦИОНАРОВ ДНЕВНОГО И КРУГЛОСУТОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ

Источник финансирования _____

Медицинская организация _____

За период с _____ по _____ Имя файла _____

Количество случаев в файле с медицинскими данными _____ Количество записей в файле с персональными данными _____

Страховая медицинская организация _____

Наименование отделения 1

Наименование Профиля	Код КСГ	Количество	Стоимость (руб.)	Стоимость Всего	Койко-дни (факт)
1	2	3	4	5	6

Всего пролечено больных по отделению _____ на сумму _____,

В т.ч. пролечено больных в дневном стационаре при АПП _____ на сумму _____

В т.ч. пролечено больных в дневном стационаре при КС _____ на сумму _____

Наименование отделения n

Наименование Профиля	Код КСГ а	Количество	Стоимость (руб.)	Стоимость Всего	Койко-дни (факт)
1	2	3	4	5	6

Всего пролечено больных по отделению _____ на сумму _____,

В т.ч. пролечено больных в дневном стационаре при АПП _____ на сумму _____

В т.ч. пролечено больных в дневном стационаре при КС _____ на сумму _____

Главный врач медицинской организации: _____ / _____

М.П.

СВОДНЫЙ СЧЕТ ПО ОПЛАТЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Источник финансирования
 Медицинская организация _____
 За период с _____ по _____ Имя файла _____
 Количество случаев в файле с медицинскими данными _____ Количество записей в файле с персональными данными _____
 Страховая медицинская организация (ТФОМС) _____

№	Наименование врачебной специальности/ тип посещения, обращения	Фактическое количество обращений/ посещений/ УЕТ	Стоимость (руб.)
1	2	3	4

Всего пролечено больных по организации _____ на сумму _____,
 Подушевой норматив на 1 застрахованное лицо по краю: _____ руб

Главный врач медицинской организации: _____ / _____

Примечания. В сводном счете-реестре (печатная форма) в столбце 3 по типам целей посещений «С профилактическими и иными целями» и «Оказание МП в неотложной форме» отражается фактическое количество посещений по каждой специальности. Для способа оплаты «Обращение по поводу заболевания» в столбце 3 отражается фактическое количество обращений, через «/» фактическое количество посещений в этих обращениях по каждой специальности и через «\» количество УЕТ. Например, «Терапия», 5/17, «Кардиология», 7/19, «Стоматология 2/5/22,8.

СВОДНЫЙ СЧЕТ – РЕЕСТР ПО ОПЛАТЕ ВНЕШНИХ УСЛУГ

Источник финансирования
 Медицинская организация _____
 За период с _____ по _____ Имя файла _____
 Страховая медицинская организация _____

№ п/п	Код услуги/Наименование услуги	Код и наименование поликлиники, направившей на услугу	Количество услуг	Сумма к оплате

Всего пролечено больных по учреждению _____ на сумму _____

Главный врач медицинской организации (исполнитель):

М.П.

Главный врач медицинской организации (заказчик):

М.П.

СВОДНЫЙ СЧЕТ – РЕЕСТР ПО УЧЕТУ ВЫЗОВОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Медицинская организация _____
 За период с _____ по _____ Имя файла _____
 Страховая медицинская организация _____

	Профиль бригады	Фактическое количество вызовов	Сумма, руб.
1	2	3	4

Всего по организации вызовов: _____ на сумму _____,

Подушевой норматив на 1 застрахованное лицо по краю: _____ руб

Всего начислено по подушевому нормативу на сумму: _____ руб

в т.ч. на текущее содержание на сумму: _____ руб

Главный врач медицинской организации: _____ / _____ М.П.

**СВОДНЫЙ СЧЕТ – РЕЕСТР
ПО УЧЕТУ ВЫЗОВОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
при проведении тромболитической терапии**

Медицинская организация: _____

За период _____ 20__ г.

Имя файла _____

Страховая медицинская организация _____

№	Профиль бригады	Фактическое количество вызовов	Сумма, руб.
1	2	3	4

Всего по организации вызовов
с проведенной тромболитической терапией: _____

на сумму _____ руб.
Главный врач медицинской организации: _____ / _____

М.П.

Приложение №12 к Порядку ЦОР

СЧЕТ № _____ от _____ на оплату скорой медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях

(наименование медицинской организации и код ОГРН в соответствии с ЕГРЮЛ)

за период с _____ по _____

Численность обслуживаемого населения, застрахованного в СМО _____ согласно акту сверки на 01. __.20__ г. _____ чел.

Подушевой норматив финансирования на 1 застрахованное лицо по КРАЮ на _____ месяц _____ рублей

Объем средств для финансирования медицинской организации на _____ месяц _____ рублей

Руководитель медицинской организации _____
(подпись, расшифровка подписи)

Главный бухгалтер _____
(подпись, расшифровка подписи)

М.П.

Исполнитель _____
(подпись, расшифровка подписи)

Дата _____ .

Приложение №12.1 к Порядку ЦОР

СЧЕТ № _____ от _____
на оплату амбулаторной медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях

(наименование медицинской организации и код ОГРН в соответствии с ЕГРЮЛ)

за период с _____ по _____

Численность прикрепленного населения, застрахованного в СМО _____
согласно акту сверки на 01. __.20__ г. _____ чел.

Подушевой норматив финансирования на 1 застрахованное лицо по КРАЮ на _____ месяц _____ рублей

Объем средств для финансирования медицинской организации на _____ месяц _____ рублей,

Руководитель медицинской организации _____
(подпись, расшифровка подписи)

Главный бухгалтер _____
(подпись, расшифровка подписи) дата _____

СВОДНЫЙ РЕЕСТР
 счетов на оплату расходов по проведенной диспансеризации (медицинского осмотра) _____
 указывается тип диспансеризации/ медицинского осмотра
 за период с _____ 20__ по _____ 20__

Медицинская организация – отправитель _____

Страховая медицинская организация - получатель _____

№ п/п	Наименование этапа (для медицинских осмотров не указывается)	Возрастная группа	Пол	Кол-во случаев диспансеризации (медицинских осмотров)	Норматив затрат	Сумма
1	1 этап					
2	2 этап				*	
	ИТОГО	*	*		*	

Главный врач /руководитель МО _____ / _____
 (расшифровка подписи)

МП

Главный бухгалтер _____ / _____
 (расшифровка подписи)

СВОДНЫЙ РЕЕСТР
 счетов на оплату расходов по проведенной диспансеризации (медицинского осмотра) _____
 указывается тип диспансеризации/ медицинского осмотра
 за период с _____ 20__ по _____ 20__

Страховая медицинская организация – отправитель _____

№ п/п	Наименование МО	Кол-во случаев диспансеризации 1-ого этапа (медицинских осмотров)	Сумма	Кол-во случаев диспансеризации 2-ого этапа (для медицинских осмотров не указывается)	Сумма (для медицинских осмотров не указывается)
	ИТОГО	*		*	

Директор СМО _____ / _____
 (расшифровка подписи)

МП

Главный бухгалтер _____ / _____
 (расшифровка подписи)

ТФОМС Красноярского края

Протокол
 результатов расчета стоимости медицинской помощи

 (наименование СМО, реестровый номер СМО)

Период:

Медицинская организация		Всего	АПП (без диспансеризации)	СЗП	Стационар (без ВМП)	ВМП	Внешние услуги
Код	Наименование						
		Сумма, руб.					

Протокол
результатов расчета стоимости медицинской помощи

(наименование МО, код МО)

(наименование СМО, реестровый номер СМО)

Период: _____

1	Сумма ОМС					7
	2	3	4	5	6	
Сумма принятая, в т.ч.:						
МЭК прошлого месяца:						
в т.ч. прочие корректировки						
МЭЭ прошлого месяца						
ЭКМП прошлого месяца						
Итого расчетная сумма						

Главный врач / руководитель МО _____ /

МП

(расшифровка подписи)

Главный бухгалтер _____ /

Приложение 15 к Порядку ЦОР

Реестр актов медико-экономической экспертизы

№ _____ от _____ за период _____

Медицинская организация _____

Сумма по счетам _____ рублей

1. Количество проверенной медицинской документации _____ (медицинских карт амбулаторного/ стационарного больного, прочей учетно-отчетной документации)

2. Выявлено несоответствие счета записям на сумму _____ рублей

3. Выявлено дефектов медицинской помощи/ нарушений при оказании медицинской помощи:

№, дата счета	Сумма по счету, руб.	Код дефекта/ нарушения	Сумма, не подлежащая оплате, руб.	Сумма штрафа, руб.
Всего	0,00		0,00	0,00

Всего не подлежит оплате сумма _____ рублей

Штраф в размере _____ рублей

Всего подлежит оплате _____ рублей

Дата _____

Специалист-эксперт _____

Руководитель медицинской организации _____

М.П.

Приложение № 16 к Порядку ЦОР

АКТ № _____ от _____ медико-экономического контроля счета № _____ от _____ за оказанную медицинскую помощь по средствам ОМС

Период _____ 20__ г. - _____ 20__ г.

Вид медико-экономического контроля: _____ (первичный - 1, повторный - 2)

Условия оказания медицинской помощи: стационар, дневной стационар, поликлиника, скорая медицинская помощь

(нужное подчеркнуть)

Наименование и код СМО * (ТФ), получившей счет от медицинской организации (СМО) _____

Наименование, местонахождение и код ** медицинской организации (СМО), предоставившей

счет _____ Код _____

Профиль или код специальности (услуги)/цель посещения	Предоставлено к оплате			Отказано в оплате			Принято к оплате (гр. «представлено к оплате»-гр. «отказано в оплате»)			Оплатить (равно графе «принято к оплате»)	
	кол-во единиц объема АПП/пролеченных, с оплатой по КСГ	Кол-во к/д (посещений)	сумма	кол-во единиц объема АПП/пролеченных, с оплатой по КСГ	Кол-во к/д (посещений)	сумма	кол-во единиц объема АПП/пролеченных, с оплатой по КСГ	Кол-во пролеченных по паспортной части (в стационарных условиях)	Кол-во к/д (посещений)	сумма	сумма
Посещения с профилактической											
Аллергология											
Неврология											
...											
Обращения по поводу заболевания****											
Аллергология											
Неврология											
...											
Посещения по неотложной помощи****											
...											
ИТОГО											
В т.ч. по ВМП**	X	X			X				X		

Итого по счету: _____ руб.

Исполнитель _____ подпись _____ расшифровка подписи

Руководитель СМО/подразделения ТФОМС _____ подпись _____ расшифровка подписи

М.П.

Должность, подпись руководителя медицинской организации, ознакомившегося с Актом

Дата _____

Приложение к Акту

Перечень отклоненных позиций к оплате в счете (реестре) с разбивкой по:

коду специальности врача медицинской организации

коду профиля отделения (для медицинской организации, оказывающей стационарную помощь, - койки)

№ п/п	№ полиса обязательного медицинского страхования, № истории болезни	Код по МКБ-10	Дата начала лечения	Дата окончания лечения	Код дефекта / нарушения	Расшифровка кода дефекта / нарушения	Сумма неоплаты (руб.)
					5.1.1		
Итого по акту на сумму							
в т.ч. по коду:							
Неврология							

* - указывается реестровый номер СМО

** - указывается код ЕСВС МО

*** - для амбулаторно-поликлинической помощи не заполняется

**** - указывается только для амбулаторно-поликлинической помощи

***** - указывается только для стационара, дневного стационара

Исполнитель _____ подпись _____ расшифровка подписи

Акт № _____ от _____
 медико-экономического контроля законченных случаев диспансеризации (медицинского осмотра) _____
 указывается тип диспансеризации/ медицинского осмотра

Период _____ 20__ г. - _____ 20__ г.

Условия оказания медицинской помощи: поликлиника
 Наименование и код СМО * (ТФ), получившей счет от медицинской организации _____

Наименование, местонахождение и код ** медицинской организации, предоставившей
 счет _____ Код _____

Предъявлено к оплате:

№ п/п	Наименование этапа (для медицинских осмотров не указывается)	Возрастная группа	Пол	Кол-во случаев диспансеризации (медицинских осмотров)	Норматив затрат	Сумма
1	1 этап					
2	2 этап				X	
	ИТОГО	X			X	

Не принято к оплате:

Кол-во не принятых пациентов	Наименование причины	Сумма

Список не принятых пациентов с указанием причин отказа прилагается (Приложение 1)

Принято к оплате:

№ п/п	Наименование этапа (для профилактических осмотров не указывается)	Возрастная группа	Пол	Кол-во случаев диспансеризации (профилактических осмотров)	Норматив затрат	Сумма
1	1 этап					
2	2 этап				X	
	ИТОГО	X			X	

СМО _____ / _____
 должность (расшифровка подписи)

МП

МО _____ / _____
 должность (расшифровка подписи)

* - указывается реестровый номер СМО

** - указывается код ЕСВС МО

АКТ № ____ от _____
 медико-экономического контроля счета за оказанную медицинскую помощь по средствам ОМС
 Период _____ 20__ г. - _____ 20__ г.

Вид медико-экономического контроля: повторный
 Условия оказания медицинской помощи: стационар, дневной стационар, поликлиника, скорая медицинская помощь (нужное подчеркнуть)
 Наименование и код * СМО, предоставившей счет _____ Наименование архивного файла: ____

Наименование МО	Предоставлено к оплате МО			Отказано в оплате СМО (по этим данным проводится повторный МЭК)			По данным ТФОМС принято к оплате (из гр. «отказано в оплате СМО»)				Оплатить (равно графе По данным ТФОМС принято к оплате)
	кол-во единиц объема АПП/пролеченных, с оплатой КСГ	Кол-во к/д (посещений)	сумма	кол кол-во единиц объема АПП/пролеченных, с оплатой КСГ	Кол-во к/д (посещений)	сумма	Кол-во единиц объема АПП/пролеченных, с оплатой КСГ	К-во пролеченных по паспортной части(в стационарных условиях)	Кол-во к/д (посещений/обращений)	сумма	
Абанская РБ											
...											
ИТОГО											
В т.ч. по ВМП***	x	x		x	x		x		x		

Итого по счету: _____ руб.
 Исполнитель _____ подпись _____ расшифровка подписи
 Руководитель подразделения ТФОМС _____ подпись _____ расшифровка подписи

М.П.
 Должность, подпись руководителя СМО, ознакомившегося с Актом
 Дата _____

* - указывается реестровый номер СМО
 *** - для амбулаторно-поликлинической помощи не заполняется
 **** - указывается только для амбулаторно-поликлинической помощи

Приложение к Акту
 Перечень позиций к оплате в счете (реестре):

№ п/п	№ полиса ОМС, № истории болезни	Код по МКБ-10	Дата начала лечения	Дата окончания лечения	Код дефекта / нарушения по данным СМО	Расшифровка кода дефекта / нарушения по данным СМО	Сумма неоплаты (руб.) СМО
					5.1.1		
Итого по акту на сумму							

Исполнитель _____ подпись _____ расшифровка подписи

От _____ (наименование медицинской организации/СМО)

Претензия
В _____ (Территориальный фонд ОМС)

Считаю необоснованной сумму взаиморасчета, определенную страховой медицинской организацией (наименование СМО)

согласно акт(а, -ов) МЭК/МЭЭ/ЭКМП № _____ т. _____ 01 г. _____
специалиста-эксперта/эксперта качества медицинской помощи _____, (Ф.И.О.) по следующим причинам:

1. № полиса обязательного медицинского страхования

Сумма взаиморасчета
Обоснование несогласия

2.

3.

Итого считаю необоснованной сумму взаиморасчета по _____ застрахованным(ому) лицам(у)
на общую сумму _____ рублей.

Приложения:

1) Материалы внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи на «___» листах

2)

3)

Руководитель медицинской организации _____ (подпись, Ф.И.О.)

«___» _____ 20__ г.

М.П.

**Акт
приема-передачи принятых к оплате счетов-реестров за амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь застрахованным лицам**

Источник финансирования _____

по СМО _____

Отчетный период _____

№ п/п	Код МО	Наименование МО	Количество счетов	Количество посещений (профилактические, неотложные, иные)	Количество обращений по заболеванию	Стоимость (руб.)
1	2	3	4	5	6	7
		Всего				
		в т.ч. по целям посещений:				
		профилактические				
		неотложные				
		обращений по заболеванию				
		иные				

(подпись) (Ф.И.О.) дата

(подпись) (Ф.И.О.) дата

**Акт
приема-передачи принятых к оплате счетов-реестров за стационарную медицинскую помощь застрахованным лицам**

Источник финансирования _____
по СМО _____
Отчетный период _____

№ п/п	Код МО	Наименование МО	Количество счетов	К/дни	Стоимость (руб.)	в т.ч.:	
						в т.ч. ВМП	
1	2	3	4	5	6	7	
		Всего					

СМО _____
(подпись) (Ф.И.О.) дата

ТФОМС Красноярского края _____
(подпись) (Ф.И.О.) дата

**Акт
приема-передачи принятых к оплате счетов-реестров за медицинскую помощь застрахованным лицам, оказанную в условиях дневного стационара**

Источник финансирования _____
по СМО _____
Отчетный период _____

№ п/п	Код МО	Наименование МО	Количество счетов	К/дни	Стоимость (руб.)	в т.ч.	
						Дневной стационар при стационаре	Дневной стационар при АПП

СМО _____
(подпись) (Ф.И.О.) дата

ТФОМС Красноярского края _____
(подпись) (Ф.И.О.) дата

**Акт
приема-передачи принятых к оплате счетов-реестров за внешние диагностические услуги застрахованным лицам**

Источник финансирования _____
по СМО _____
Отчетный период _____

№ п/п	Код МО	Наименование МО	Количество счетов	Количество услуг	Стоимость (руб.)
1	2	3	4	5	6
		Всего			

СМО _____
(подпись) (Ф.И.О.) дата

ТФОМС Красноярского края _____
(подпись) (Ф.И.О.) дата

М.П.

М.П.

Акт

Приема-передачи принятых к оплате счетов-реестров за скорую медицинскую помощь застрахованным лицам

По СМО: _____
название СМО, Код СМО

Отчетный период: __. __. __

№ п/п	Код головного МО	Головное МО	Код МО	Наименование МО	Кол-во вызовов из реестров	Стоимость МП из реестров	В том числе: вызова при проведении тромболитической терапии	В том числе: стоимость МП при проведении тромболитической терапии
				Всего				

СМО _____
(подпись) (Ф.И.О.) дата

ТФОМС Красноярского края _____
(подпись) (Ф.И.О.) дата

Акт

приема-передачи законченных случаев медицинских осмотров несовершеннолетних

По СМО: _____
название СМО, Код СМО

Отчетный период: __. __. __

Поданный файл: _____

Дата подачи: _____

№ п/п	Код МО	Наименование МО	Количество случаев диспансеризации			Сумма			
			ВСЕГО	в т.ч.:		ВСЕГО	в т.ч.:		
				1 этап	2 этап		1 этап	2 этап	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Всего							

СМО _____
(подпись) (Ф.И.О.) дата

ТФОМС Красноярского края _____
(подпись) (Ф.И.О.) дата

Акт

приема-передачи законченных случаев профилактических осмотров взрослого населения

По СМО: _____
название СМО, Код СМО

Отчетный период: __. __. __

Поданный файл: _____

Дата подачи: _____

№ п/п	Код МО	Наименование МО	Количество случаев диспансеризации			Сумма			
			ВСЕГО	в т.ч.:		ВСЕГО	в т.ч.:		
				1 этап	2 этап		1 этап	2 этап	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Всего							

СМО _____
(подпись) (Ф.И.О.) дата

ТФОМС Красноярского края _____
(подпись) (Ф.И.О.) дата

**Акт
приема-передачи законченных случаев диспансеризации определенных групп взрослого населения**

По СМО: _____
название СМО, Код СМО

Отчетный период: __. __. ____

Поданный файл: _____

Дата подачи: _____

№ п/п	Код МО	Наименование МО	Количество случаев диспансеризации			Сумма			
			ВСЕГО	в т.ч.:		ВСЕГО	в т.ч.:		
				1 этап	2 этап		1 этап	2 этап	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Всего							

СМО _____
(подпись) (Ф.И.О.) дата

ТФОМС Красноярского края _____
(подпись) (Ф.И.О.) дата

**Акт
приема-передачи законченных случаев диспансеризации детей-сирот**

По СМО: _____
название СМО, Код СМО

Отчетный период: __. __. ____

Поданный файл: _____

Дата подачи: _____

№ п/п	Код МО	Наименование МО	Количество случаев диспансеризации			Сумма			
			ВСЕГО	в т.ч.:		ВСЕГО	в т.ч.:		
				1 этап	2 этап		1 этап	2 этап	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Всего							

СМО _____
(подпись) (Ф.И.О.) дата

ТФОМС Красноярского края _____
(подпись) (Ф.И.О.) дата

Стандарт информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи по программе ОМС в условиях стационаров круглосуточного и дневного пребывания и амбулаторно-поликлинических условиях.

Стандарт разработан в соответствии с приказом ФФОМС №79 от 07.04.2011 г. «Общие принципы построения и функционирования информационных систем и порядок информационного взаимодействия в сфере ОМС» с учетом изменений по приказу № 154 от 22.08.2011 и приказу № 169 от 09.09.2016.

Особое условие: описание структуры информационных файлов в настоящем документе подтверждается файлом со схемой, в формате с расширением «XSD». Схема размещается на сайте ТОФМС. В случае обнаружения любых расхождений схемы с настоящим документом, приоритетным является описание структуры, представленное в схеме.

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

Для передачи файлы упаковываются в пакет в формате ZIP. Имя пакета соответствует имени файла, содержащего сведения об оказанной МП.

Имена файла формируются по следующему принципу:

HPiNiPpNr_YYMMN.XML, где

H – одна из констант, обозначающая передаваемые данные: сведения об оказанной медицинской помощи.

Принимает значения:

V- сведения об амбулаторно-поликлинической помощи;

R – сведения о медицинской помощи, оказанной в условиях стационаров дневного и круглосуточного пребывания, выполненных отдельных параклинических (лечебных и диагностических) услугах;

Вид реестра определяется элементом USL_OK в базовом элементе SLUCH.

Сведения о проведенных экспертизах (а также о случаях снятия с оплаты по письмам МО) передаются отдельным файлом, к имени архивного файла добавляется префикс: CR. Например, имена XML файлов от ТФОМС в МО, содержащие сведения об экспертизах: сведения о случаях VT24M240068_15011.XML, персональные данные -LT24M240068_15011.XML, имя архива CRVT24M240068_15011.ZIP.

Pi – 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.

Np – 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.

ТФОМС, при направлении файлов в МО и СМО, формирует архив с файлами XML (имя архива соответствует правилам, указанным выше), необходимыми отчетными документами (протоколы, сводные счета) и размещает их в одном пакете. Пакет архивируется по алгоритму ZIP. Имя архива с пакетом соответствует имени вложенного архива с XML-файлами с добавлением следующих префиксов и символа подчеркивания, в зависимости от типа направляемого реестра:

Ежедневный ответ от ТФОМС при ПАК (предварительный) – DB;

Ежедневный ответ от ТФОМС при ПАК (окончательный) – DE;

Сводный ежемесячный по застрахованным в крае – SM;

Сводный ежемесячный по лицам, застрахованным за пределами Красноярского края – IM;

Окончательный (финальный) ежемесячный пакет с результатами МЭК от СМО – FM.

Примеры имен файлов для МО: SMRT24M240068_15011.ZIP (ежемесячный сводный; имя архива внутри RT24M240068_15011.ZIP – по стационарной помощи), DBVT24M240068_15011.ZIP – ежедневный предварительный для МО по амбулаторно-поликлинической помощи.

Для СМО: SMRM240068S24001_15011.ZIP (имя архива внутри RM240068S24001_15011.ZIP).

При осуществлении информационного обмена на программных средствах организации - получателя производится автоматизированный ФЛК (Приложение № 4 к Порядку информационного обмена). Результаты ФЛК должны доводиться в виде Протокола ФЛК. Структура файла приведена в Таблице 3. 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. При отсутствии "M" допускается только один экземпляр элемента

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>;

N – <число>;

D – <дата> в формате ГГГГ-ММ-ДД;

DT –<дата> в формате ГГГГ-ММ-ДДТНН24:ММ:SS;

S – <элемент>; составной элемент, описывается отдельно;

В столбце «Наименование» указывается наименование элемента или атрибута.

Таблица 1. Файл с данными о медицинской помощи

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент (Сведения о медпомощи)					
ZL_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	SCHET	OM	S	Счёт	Информация о счёте
Заголовок файла					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	2.0
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
	ASSOCIATED_FILENAME	O	T(26)	Имя связанного файла (персональные данные)	Имя файла без расширения.
	SD_Z	O	N(9)	Количество случаев	Указывается количество случаев оказания медицинской помощи, включённых в файл. (Элемент SLUCH)
	DATA	O	DT	Дата и время формирования файла	В формате ГГГГ-ММ-ДДТНН24:ММ:SS
	PONAME	O	T(50)	ПО, используемое для	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				формирования реестра	
	POVER	O	T(20)	Версия ПО	
Счёт (Вид счета АПП, ДС, КС определяются элементом USL_OK в базовом элементе SLUCH)					
SCHET	CODE	O	T(32)	Код записи счета	Уникальный код для одной МО в течение года. Формируется с использованием GUID
	CODE_MO	O	T(6)	Реестровый номер МО	Код МО – юридического лица. Справочник ЕСВС.MU, поле MСOD
	LPU_1	O	N(6)	Код МО, предоставившей реестр	Код юр. лица или филиала МО, предоставившего реестр. Заполняется из справочника ЕСВС MU поле IDMU.
	YEAR	O	N(4)	Отчетный год	
	MONTH	O	N(2)	Отчетный месяц	
	NSCHET	H	T(15)	Номер счёта	
	DSCHET	H	D	Дата выставления счёта	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	PLAT	Y	T(5)	Плательщик. Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником ЕСВС.SMO, поле SMOCOD. При отсутствии сведений может не заполняться.
	SUMMAV	O	N(15.2)	Сумма МО, выставленная на оплату	
	SUMMAP	O	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС). В случае отказа всех записей вносится 0.
	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.
	COMENT	Y	T(250)	Службное поле к счету	
	MO_FIN	Y	S	Сведения о суммах по подушевому финансированию	Элемент заполняется ТФОМС для МО, финансируемых по подушевому принципу
MO_FIN	SUMMABAZ	O	N(15.2)	Сумма МО, выставленная на оплату	по подушевому финансированию базовой программы ОМС
	SUMMASVB	O	N(15.2)	Сумма МО, выставленная на оплату	по подушевому финансированию случаев, не входящих в программу ОМС
	ZAP	OM	S	Записи	Записи о случаях оказания медицинской помощи
Записи					
ZAP	N_ZAP	O	N(6)	Номер позиции записи	Уникально идентифицирует запись в пределах счета.
	ID_ZAP	O	T(32)	Уникальный код записи (случая лечения) в МО	Код формируется с использованием GUID. Аналог ID_MED
	PR_NOV	O	N(1)	Признак исправленной записи	Принимает значения: 0 – сведения об оказанной МП передаются впервые; 1 – запись передается повторно после исправления.
	PACIENT	O	S	Сведения о пациенте	
	SLUCH	O	S	Сведения о случае	
Сведения о пациенте					
PACIENT	ID_PAC	O	T(32)	Код записи о пациенте	Уникальный идентификатор (учетного кода) пациента. Необходим для связи с файлом персональных данных.
	IND_CFOND	Y	T(20)	Индивидуальный код застрахованного ТФОМС КК.	Заполняет ТФОМС при успешном определении страховой принадлежности в РС ЕРЗ.
	OMS	Y	S	Сведения о страховании	Обязательно заполняется при установлении страховой принадлежности

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	NOVOR	O	T(9)	Признак новорожденного	Указывается в случае оказания МП 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).
	INV	У	N(1)	Группа инвалидности	0 – нет инвалидности; 1 – 1 группа; 2 – 2 группа; 3 – 3 группа; 4 – дети-инвалиды. Заполняется только при впервые установленной инвалидности (1-4) или в случае отказа в признании лица инвалидом (0). Справочник DIS_GR, поле INV
	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.
	C_OKSM	O	T(3)	Гражданство пациента (код по классификатору ОКСМ).	Заполняется значениями из поля KOD справочника ЕСВС. Обязательно для заполнения.
	KONT	O	N(2)	Код контингента.	Заполняется из справочника ЕСВС CONT поле KONT.
	COMENTP	У	T(250)	Служебное поле	Коды ошибок, выявленных при проверке Реестра (см. Приложение № 4). Заполняется: в СМО для передачи реестров счетов с результатами форматно-логического контроля в МО; в ТФОМС для передачи реестров счетов с результатами ФЛК в МО и СМО.
Сведения о страховании					
OMS	VPOLIS	O	N(1)	Тип ДПФС	Классификатор типов документов, подтверждающих факт страхования по ОМС. ESVS.VPOLIS, поле FFOMS. Обязательно для заполнения.
	SPOLIS	У	T(10)	Серия ДПФС	
	NPOLIS	O	T(20)	Номер ДПФС	Для VPOLIS = 3, вносится единый номер полиса
	SMO_OK	O	T(13)	Регион страхования	Указывается ОКАТО территории выдачи ДПФС. ЕСВС.K_AD (поле K_ADMN)
	SMO	У	T(5)	Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником ЕСВС.SMO, поле SMOCOD. При отсутствии сведений может не заполняться.
	SMO_OGRN	У	T(15)	ОГРН СМО	Заполняется при невозможности указать реестровый номер СМО.
	SMO_NAME	У	T(100)	Наименование СМО	Заполняется при невозможности указать ни реестровый номер, ни ОГРН СМО.
Сведения о случае					
SLUCH	ID_CASE	O	T(32)	Идентификатор случая обслуживания в МИС	Уникален для одной МО
	NUMBER	O	T(20)	Номер истории болезни, амбулаторной карты, направления на паракл. услугу, Регистрационный номер факта выполнения услуги категории «внешние»	Уникален для одной МО.
	NHISTORY	У	T(50)	Номер талона амбулаторного пациента	Уникален для одной МО. Обязателен для заполнения в случае оказания АПП.
	DATE_1	O	D	Дата начала лечения	Для КС и ДС указывается дата госпитализации в первое отделение, для АПП указывается дата начала законченного случая, для внешних - услуг дата начала оказания услуги
	DATE_2	O	D	Дата окончания лечения	Для КС и ДС помощи указывается дата выписки из последнего отделения, для АПП - дата

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					окончания законченного случая, для внешних услуг - дата окончания оказания услуги
	PRVS	O	N(9)	Специальность лечащего врача/врача, закрывшего талон	Классификатор медицинских специальностей ФФОМС V015. (Справочник ЕСВС OKSO поле IDOKSO)
	ID_DOKT	O	T(25)	Код врача, закрывшего талон/историю болезни	Индивидуальный код лечащего врача, (ОГРН+"пробел"+табельный номер). Обязательно для заполнения.
	OS_SLUCH	HM	N(1)	Признак "Особый случай" при регистрации обращения за МП	Указываются все имевшиеся особые случаи. 1 – МП оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах; 2 – в документе, удостоверяющем личность пациента /родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество.
	REM	YM	N(3)	Код «Особый случай 2»	Признак перинатальной смертности: 21 – антенатальная гибель плода; 22 – интранатальная гибель плода 23 – гибель в раннем неонатальном периоде (от 0 до 7 суток). 24 – гибель в позднем неонатальном периоде (с 7- дней до 28 дней). Заполняется значениями из поля COD_OMSтаблицы ESVS.S_REM. Заполняется МО, в случае перинатальной потери. Признак развертывания дополнительного поста для КСГ Признак госпитализации доверенного лица по уходу для КСГ
	P_POST	Y	N(1)	Признак поступления	Обязательно для дневного и круглосуточного стационара. 1 – Самостоятельно 2 – СМП Кодификатор ESVS.DELIVERY поле POST_CODE
	COMENTL	Y	T(250)	Служебное поле	Коды ошибок, выявленных при проверке Реестра (см. Приложение № 4).
	TRAVMA	Y	N(3)	Вид травмы.	Обязательно для заполнения в случае травмы. Справочник ЕСВС – STT.DBF , поле TRAVMA.
	DIR_IN	Y	S	Сведения о направлении МО заказчика на лечебно-диагностические мероприятия	Описывает параметры «входящего» направления, на основании которого выполнена услуга в рамках данного случая
	SLUCH_MED	OM	S	Сведения о случаях лечения в отделениях, о посещениях, внешних услугах.	
Сведения о направлении МО					
DIR_IN	ID_DIR	O	T(32)	Идентификатор направления на обследование в базе МО	Формируется с использованием GUID. Обязательно для заполнения
	NUM_DIR	O	T(24)	Номер направления на обследование, консультацию, госпитализацию от другого МО	
	DATE_DIR	O	D	Дата выписки направления от другого МО.	
	EXTR	Y	N(1)	Направление (госпитализация)	1 –плановая; 2 – экстренная ESVS.FFOMS_v014 поле IDFRMMP
	NPR_MO	O	N(6)	Код МО, направившего на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию)	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником МО ЕСВС (поле IDMU). Обязательно к заполнению кроме, случаев экстренной госпитализации
Сведения о случаях лечения в отделениях, о посещениях, внешних услугах.					
SLUCH_MED	ID_MED_USL	O	T(32)	Уникальный идентификатор случая лечения в отделении/посещения в МО	Формируется с использованием GUID.
	ID_MED_TF	Y	N(12)	Уникальный идентификатор	Особое условие: идентификатор, присвоенный ТФОМС, должен обязательно присутствовать

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				случая лечения в отделении посещения в базе случаев ТФОМС. Заполняет ТФОМС.	в реестрах счетов, передаваемых СМО в файлах принятых/не принятых к оплате реестров и в файле экспертных случаев/ корректировок.
	USL_OK	O	N(2)	Условия оказания МП	Классификатор условий оказания МП V006. (Справочник ЕСВС esvs.ffoms_v006, поле ID_TFOMS).
	P_PER	У	N(1)	Признак перевода	Обязательно для дневного и круглосуточного стационара. 3 – Перевод из другой МО (Код вносится для первого отделения госпитализации, если пациент переведен для продолжения лечения из другой медицинской организации) 4 – Перевод внутри МО с другого профиля Кодификатор ESVS.ORD79_PER поле P_PER
	DATE_1	O	D	Дата начала лечения в отделении/ дата посещения, дата начала оказания услуги	
	DATE_2	O	D	Дата окончания лечения в отделении/дата посещения, дата окончания оказания услуги	для АПП, в случае завершения посещения/услуги в один день, DATE_1= DATE_2
	PRVS	O	N(9)	Специальность лечащего врача	Классификатор медицинских специальностей ФФОМС V015. (Справочник ЕСВС OKSO поле IDOKSO)
	CODE_MD	O	T(25)	Код лечащего врача	Индивидуальный код лечащего врача, (ОГРН+"пробел"+табельный номер). Обязательно для заполнения.
	VIDPOM	O	N(4)	Вид помощи	Классификатор видов медицинской помощи V008. Справочник ЕСВС esvs.ffoms_v008, поле IDVMP
	FOR_POM	O	N(1)	Форма оказания МП	Классификатор форм оказания МП V014. (Справочник EBBC esvs.ffoms_v014 Поле IDFRMMP)
	LPU_1	O	N(6)	Подразделение МО	Код подразделения МО лечения (оказания услуги). Заполняется из справочника ЕСВС MU поле IDMU.
	PODR	У	N(8)	Код отделения	Код отделения пребывания. Заполняется из справочника ЕСВС (поле IDMU) для стационарной и стационарозамещающей помощи
	PROFIL	O	N(3)	Профиль	Код профиля по классификатору ФФОМС V002. Обязательно для заполнения. (Справочник ESVS.TPRK (FFOMS_V002), поле IDTPRK)
	DET	O	N(1)	Признак детского профиля	0-нет, 1-да.
	DS0	H	T(10)	Диагноз первичный	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается при наличии направления на госпитализацию или консультацию. ESVS.MKB10 поле KODMKB10
	DS1	O	T(10)	Диагноз основной	<i>Код основного диагноза из справочника МКБ до уровня подрубрики. ESVS.MKB10 поле KODMKB10</i>
	DS2	УМ	T(10)	Диагноз сопутствующего заболевания	<i>Коды сопутствующих диагнозов из справочника МКБ до уровня подрубрики. ESVS.MKB10 поле KODMKB10. Указываются в соответствии с медицинской документацией. Влияют на выбор КСГ и применение коэффициентов.</i>
	DS3	УМ	T(10)	Диагноз осложнения заболевания	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией. ESVS.MKB10 поле KODMKB10
	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.
	VIS_OB	У	N(3)	Цель посещения.	Справочник ЕСВС, таблица APV.DBF, поле VIS_OBN. Обязательно для заполнения в реестрах АПП.
	TYP_VIS	У	N(2)	Тип посещения.	Справочник ЕСВС SMAPP, поле TYP_VIS. Обязательно для заполнения в реестрах АПП.
	CODE_USL	У	T(20)	Код тарифа из справочника	Временно заполняется значениями из ЕСВС OKSO, поле IDNSPEC.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				тарифов АПП. Код тарифа для внешних услуг	Для внешних услуг вносится код услуги из ESVS.TMUSL поле S_COD. Обязательно для заполнения для АПП.
	CODE_MES1	У	T(20)	Код, ВМП, Тарифа, диагностической услуги. Обязательно для заполнения для КС и ДС.	Код тарифа для ВМП. Заполняет МО. Код тарифа для диагностической услуги. Заполняет МО
	CODE_MES2	У	T(20)	Код МЭС, КСГ, ВМП, Стандарта сопутствующего заболевания	Код КСГ для КС и ДС. Заполняет ТФОМС.
	GENERAL	У	N(2)	Код типа алгоритма расчета стоимости. Обязательно заполняется для случаев лечения в КС и ДС	Принимает следующие значения: 1 – основной, по которому производится оплата и учет законченного случая госпитализации в МО. Связан с датой выписки; 2 - пребывание пациента в отделении реанимации, краткосрочного, до 3-х дней, пребывания; 6 – лечение в ДС; 7 – перевод из отделения в отделение одной МО (при окончании лечения в одном отделении в случае перевода в другое). Обязательно для заполнения в ДС и КС пребывания. ESVS.GENER поле COD_OMS/
	RSLT	О	N(3)	Результат обращения/ госпитализации	Классификатор результатов обращения за МП V009. (Справочник ЕСВС esvs.ffoms_v009, поле IDRMP).
	ISHOD	О	N(3)	Исход заболевания	Классификатор исходов заболевания V012. (Справочник ЕСВС esvs.ffoms_v012, поле IDIZ).
	IDSP	О	N(2)	Код способа оплаты МП	Классификатор способов оплаты МП V010. Справочник ЕСВС esvs.ffoms_v010, поле IDSP,
	ED_COL	О	N(5.2)	Количество единиц оплаты МП	Для АПП и внешних - количество услуг. Для специальности «стоматология» количество может быть > 1, для других специальностей количество = 1. Для КСТ и ДНСТ =1
	TARIF	У	N(15.2)	Тариф	Для АПП вносится стоимость случая без учета коэффициента затратоемкости и коэффициента на текущее содержание; для КС и ДС – с учетом индексов и коэффициентов, предъявленная к оплате МО. Для внешних услуг – только тариф. (СУММА МО)
	SUMV	У	N(15.2)	Сумма, выставленная к оплате	Сумма с учетом индексов и коэффициентов, предъявленная к оплате МО. Заполняется МО для ВМП, АПП, параклинических услуг. Для КСГ (КС и ДС) сумму рассчитывает и вносит ТФОМС СУММА ТФОМС
	OPLATA	О	N(1)	Тип оплаты	Оплата случая оказания медпомощи: 0- не принято решение об оплате 1 – полная; 2 – полный отказ; 3 – частичный отказ. ESVS.FFOMS_F005 поле IDIDST
	SUMP	О	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Сумма с учетом коэффициентов, принятая к оплате в СМО (ТФОМС). Поле заполняется в СМО (ТФОМС): 1) при передаче реестров счетов с результатами ФЛК в МО; 2) при передаче принятых к оплате реестров счетов в ТФОМС и МО.
	SANK_IT	У	N(15.2)	Сумма санкций по случаю	Равна сумме описанных ниже санкций.
	HMP	У	S	Сведения о виде и методе ВМП	Обязательно для заполнения в случае оказания ВМП
	SANK	УМ	S	Сведения о санкциях	
	DIR_OUT	УМ	S	Сведения о направлении на лечебно-диагностические мероприятия, выполняемые в другой МО	Описывает параметры направления в рамках данного случая
	USL	УМ	S	Сведения об услуге	Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая лечения в отделении,
	LP	УМ	S	Сведения о примененных ЛП	Описывает примененные ЛП, оказанные в рамках данного случая
	OPER	УМ	S	Сведения об операциях	Описывает операции, оказанные в рамках данного случая
Сведения о виде и методе ВМП					

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
HMP	VID_HMP	O	T(12)	Вид ВМП. Заполняется при оказании ВМП.	Классификатор видов высокотехнологичной медицинской помощи. ESVS.ffoms_V018, поле CODE
	METOD_HMP	O	N(5)	Метод ВМП. Заполняется при оказании ВМП.	Классификатор методов ВМП. ESVS.ffoms_V019, поле IDHM
	TAL_D	Y	D	Дата выдачи талона на ВМП	Заполняется на основании талона на ВМП. Кроме случаев применения ВМП при экстренной госпитализации
	TAL_P	Y	D	Дата планируемой госпитализации	Заполняется на основании талона на ВМП. Кроме случаев применения ВМП при экстренной госпитализации
Сведения о направлении на лечебно-диагностические мероприятия, выполняемые в другой МО					
DIR_OUT	ID_DIR	O	T(32)	Идентификатор направления на обследование в базе МО	Формируется с использованием GUID. Обязательно для заполнения
	NUM_DIR	O	T(24)	Номер направления на госпитализацию (консультацию, обследование).	Обязательно для заполнения в случае плановой госпитализации
	DATE_DIR	O	D	Дата выписки направления. Обязательно для заполнения.	Обязательно для заполнения в случае плановой госпитализации
	EXTR	Y	N(1)	Направление (госпитализация)	1 – плановая; 2 – экстренная <i>ESVS.FFOMS_v014 поле IDFRMMP</i>
	NPR_MO	O	N(6)	Код МО, направившего на лечение (диагностику, консультацию, госпитализацию)	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником МО ЕСВС (поле IDMU). Обязательно к заполнению кроме, случаев экстренной госпитализации
Сведения о санкциях					
SANK	S_CODE	O	T(32)	Идентификатор санкции	Уникальный код санкции в СМО/ТФОМС. Формируется с использованием GUID
	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 (снятие происходит только по одному коду!)	Классификатор причин отказа в оплате МП F014. Справочник ЕСВС esvs.exp, поле ID_DEF. Если дефекты не выявлены, вносится код «0».
	S_COM	Y	T(250)	Комментарий	Комментарий к санкции.
	S_IST	O	N(1)	Источник	1 – СМО/ТФОМС к МО/СМО.
	COMENTSL	Y	T(250)	Службное поле	Коды ошибок, выявленных при проверке Реестра (см. Приложение № 4). Заполняется: в СМО для передачи реестров счетов с результатами форматно-логического контроля в МО; в ТФОМС КК для передачи реестров счетов с результатами форматно-логического контроля в МО и СМО; <i>В СМО для передачи реестров счетов с результатами МЭЭ и ЭКМП заполняется кодом экспертного случая из справочника ошибок (KRASFOMS_ERR, поле ERR)</i>
	EXPERT	Y	S	Дополнительные сведения о результатах экспертиз	Обязательно в случае передачи сведений по МЭЭ и ЭКМП и МЭК прошлых периодов.
Дополнительные сведения о результатах экспертизы и МЭК прошлых периодов (CORR=1)					
EXPERT	ID_EXPMO	O	T(32)	Уникальный код записи в СМО	Формируется с использованием GUID
	CORR	O	N(3)	Код типа экспертизы/корректировки	Справочник ЕСВС exp_corr_codes поле CORR
	D_CORR	O	D	Дата учета корректировки	Вносится дата учета корректировки в СМО, представляющей реестр. Является обязательным для заполнения в персональной и медицинской части
	D_REESTR	O	D	Дата учета исходного реестра	Вносится дата учета исходного счета-реестра, принятого ТФОМС КК, запись в котором

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					подлежит корректировке.
	C_CORR	УМ	N(3)	Код дефекта	Классификатор причин отказа в оплате МП. Справочник ECBC esvs.exp_codes, поле ID_DEF.
	C_KD	У	N(6,2)	Для КС: количество койко-дней, снятых с оплаты по экспертизе. Для АПП и внешних услуг: количество посещений/услуг, снятых с оплаты	Заполняется в счетах реестрах медицинских услуг, оказанных в стационарах круглосуточного и дневного пребывания для случаев лечения со снятыми с оплаты днями пребывания по итогам экспертизы. Для реестров поликлиник при снятии с оплаты посещений по итогам экспертизы. При отсутствии значения указывается значение 0
	D_EXP	О	D	Дата проведения экспертизы	заполнять в соответствии с датой проведения экспертизы, указанной в акте МЭЭ, акте ЭКМП специалистом-экспертом и экспертом качества медицинской помощи соответственно
	N_EXPERT	У	T(7)	код эксперта	Обязательно для заполнения по результатам ЭКМП.
	AKTD	О	T(20)	Номер акта	Уникален в рамках одной СМО, ТФОМС
	SHTR	О	N(11,2)	Сумма штрафных санкций	
	PR_EK	О	N(1)	Статус проведенной экспертизы	экспертиза не проведена экспертиза проведена, оплата полная экспертиза проведена, оплата частичная экспертиза проведена, отказ полный экспертиза проведена, отказ полный, возможна повторная подача случая МО экспертиза проведена, к выявленным дефектам санкции не применяются проведена реэкспертиза, возврат денежных средств в МО
	SAKT	О	N(1)	Признак согласования акта	Заполняет СМО при передаче результатов экспертиз в ТФОМС^ 0 – Акт не согласован с МО 1 – Акт согласован с МО;
	PR_CR	У	N(2)	Признак корректировки ранее принятого ЦОР результата экспертизы	Принимает значение 1, если СМО корректирует ранее принятую ЦОР запись с результатами экспертизы
	DAKT	О	D	Дата акта	Указывается дата составления Акта
	DPSMO	О	D	Дата подписания руководителем СМО	Указывается дата подписания Акта руководителем СМО
Сведения об услугах (в рамках законченного случая)					
	ID_SERV	У	N(8)	Номер записи в реестре услуг	
USL	ID_USL	О	T(32)	Уникальный идентификатор услуги в базе данных МО	GUID
	ID_MED_TF	У	N(12)	Уникальный идентификатор услуги в базе случаев ТФОМС. Заполняет ТФОМС.	Особое условие: идентификатор, присвоенный ТФОМС, должен обязательно присутствовать в реестрах счетов, передаваемых СМО в файлах принятых/не принятых к оплате реестров и в файле экспертных случаев/ корректировок.
	LPU_1	О	N(6)	Подразделение МО	Код подразделения МО лечения (оказания услуги). Заполняется из справочника ECBC MU поле IDMU.
	PODR	У	N(8)	Код отделения	Код отделения пребывания. Заполняется из справочника ECBC (поле IDMU) для услуг, оказанных в стационарных учреждениях
	PROFIL	О	N(3)	Профиль	Код профиля по классификатору ФФОМС V002. Обязательно для заполнения. (Справочник ESVS.TPRK (FFOMS_V002), поле IDTPRK)
	DET	О	N(1)	Признак детского профиля	0-нет, 1-да.
	DATE_IN	О	D	Дата начала оказания услуги	
	DATE_OUT	О	D	Дата окончания оказания услуги	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	DS	O	T(10)	Диагноз	Код из справочника МКБ ESVS.МКБ10 поле КОДМКБ10 до уровня подрубрики
	CODE_USL	O	T(20)	Код услуги	Из справочника номенклатуры КСГ esvs.ksg_not поле s_kod или федеральный код, соответствующих коду номенклатуры КСГ из справочника ЕСВС.TMUSL, поле S_COD.
	KOL_USL	O	N(6,2)	Количество услуг	
	NPL	У	N(1)	Неполный объем	Указывается причина, по которой услуга не оказана или оказана не в полном объеме. 1 – документированный отказ больного, 2 – медицинские противопоказания, 3 – прочие причины (умер, переведён в другое отделение и пр.) 4 – ранее проведённые услуги в пределах установленных сроков. Заполняется из кодификатора ESVS.ORD79_NPL поле NPL
	TARIF	O	N(15,2)	Тариф	Стоимость услуг по тарифу. Если услуга не тарифицирована, обязательно вносится 0.
	SUMV_USL	O	N(15,2)	Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.)	Если стоимость не определена, вносится «0».
	SUMP_USL	O	N(15,2)	Стоимость медицинской услуги, принятая к оплате (руб.)	Сумма, принятая к оплате в СМО (ТФОМС). Поле заполняется в СМО (ТФОМС): 1) для передачи счетов-реестров с результатами форматно-логического контроля в МО; 2) для передачи принятых к оплате счетов-реестров в ТФОМС.
	PRVS	O	N(9)	Специальность медработника	Классификатор медицинских специальностей ФФОМС V015. (Справочник ЕСВС ОКSO поле IDOKSO).
	CODE_MD	O	T(25)	Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу	Индивидуальный код врача, ответственного за оказание услуги (ОГРН+"пробел"+табельный номер). Обязательно для заполнения.
	SANK_USL	УМ	S	Сведения о санкциях, примененных к услугам	Имеет ту же структуру, как в элементе SLUCH_MED
Сведения о лекарственных препаратах					
LP	ID_LP	O	T(32)	Номер записи в реестре ЛП	GUID
	CODE_MD	O	T(25)	Код медицинского работника	Индивидуальный код врача, ответственного за назначение ЛС или медицинского работника, ответственного за персонализированный учет ЛС в отделе. (ОГРН+"пробел"+табельный номер).
	NOMK_LS	O	T(13)		Номенклатурный код ЛС. Справочник ККМИАЦ (Министерства здравоохранения).
	KO_ALL	O	N(7,3)		Отпущенное количество упаковок лекарственного средства
	PRICE	O	N(15,2)		Цена за упаковку ЛС
	C_ZAK	O	N(1)		Принимает следующие значения: 0 - ЛС не относится к централизованному закупу; 1 – ЛС относится к централизованному закупу. Справочник ЕСВС Типы централизованного закупа S_C_ZAK, поле _ZAK.
	SUMV_LP	O	N(15,2)	Сумма, выставленная к оплате	Сумма ЛП, предъявленная к оплате МО. Заполняется в МО.
	COMENTLP	У	T(250)	Служебное поле	
Сведения об операциях					
OPER	ID_OPER	O	T(32)	Уникальный код записи об операции	Формируется при помощи GUID
	CODE_OPER	O	T(20)	Код операции	Из справочника номенклатуры КСГ esvs.ksg_not поле s_kod или федеральный код, соответствующих коду номенклатуры КСГ из справочника ЕСВС.TMUSL, поле S_COD.
	NUMOPER	У	T(20)	Номер операции	Из журнала операций
	FL_MAIN	O	N(1)	Признак основной операции	0 - не основная операция 1 – основная операция. ВАЖНО: Признак основной операции является определяющим для выбора КСГ.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	MKB_1	O	T(10)	Код МКБ до операции	ESVS.MKB10 поле KODMKB10
	MKB_2	O	T(10)	Код МКБ после операции	ESVS.MKB10 поле KODMKB10
	CODE_MD	O	T(25)	Код хирурга, ответственного за операцию	Код врача (ОГРН+"пробел"+табельный номер)
	DATE_1	O	D	Дата начала операции	
	DATE_2	O	D	Дата окончания операции	
	ID_TYPE	O	N(6)	Тип операции	
	N_HOUR	O	N(6)	Количество часов пребывания после операции в ПИТ	
	KIF	O	N(6)	Источник финансирования	ESVS.SRC, поле IDSRC
	ID_AN	O	N(6)	Тип анестезии	
	FL_DIE	Y	N(1)	Признак смерти во время анестезии	
	PR_FIRST	Y	N(1)	Признак первой беременности	
	ID_AB	Y	N(6)	Вид прерывания беременности	
	P_AB	Y	N(6)	Срок прерывания беременности	
	COMENTO	Y	T(250)	Служебное поле	

Таблица 3 Структура файла с протоколом ФЛК

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Размер	Обяз.	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент						
FLK_P	FNAME	Char	24	O	Имя файла протокола	
	FNAME_I	Char	24	O	Имя исходного файла	
	PR	S		NM	Причина отказа	В файл включается информация обо всех обнаруженных ошибках.
Причина отказа						
PR	OSHIB	Num	3	O	Код ошибки	В соответствии с классификатором F012 Приложения А.
	IM_POL	Char	20	Y	Имя поля	Имя поля, содержащего ошибку. Не заполняется только в случае, если ошибка относится к файлу в целом.
	BAS_EL	Char	20	Y	Имя базового элемента	Имя базового элемента для поля, в котором обнаружена ошибка.
	CODE	Char	32	Y	Код записи счета	Код записи счета, в котором обнаружена ошибка
	N_ZAP	Num	4	Y	Номер записи	Номер записи, в одном из полей которой обнаружена ошибка.
	ID_PAC	T	32	Y	Идентификатор записи из файла с перс. данными	Элемент заполняется, если обнаружены ошибки в персональных данных
	COMENT	Char	250	Y	Комментарий	Описание ошибки

Порядок информационного взаимодействия при персонализированном учете сведений об оказанной скорой медицинской помощи

Настоящий Порядок устанавливает правила информационного взаимодействия при персонализированном учете сведений об оказанной скорой медицинской помощи в медицинских организациях Красноярского края.

1. Общие положения

- 1.1. Настоящий документ определяет состав, форматы, сроки, порядок предоставления и проверки реестров счетов по оказанной СМП между участниками информационного взаимодействия.
- 1.2. Файлы реестров счетов в электронном виде передаются в соответствии с Приложением 1, в печатном виде в соответствии с Приложением №3.

2. Порядок информационного обмена

- 2.1. МО вносят сведения о поступивших вызовах скорой медицинской помощи.
- 2.2. В целях определения страховой принадлежности, МО в течение отчетного месяца, но не реже одного раза в неделю и не позднее 23:00 часов последнего календарного дня отчетного месяца, должны направлять реестры вызовов по защищенным каналам связи (VipNet) на адрес: ТФОМС-ЦОД. Порядок взаимодействия МО и ТФОМС по данному направлению указан в Приложении 5 к Порядку информационного обмена.
 - 2.2.1. МО принимают от ТФОМС файл реестра вызовов с результатами определения страховой принадлежности и ФЛК. Исправляют выявленные ошибки, исправленный реестр повторно подают в ТФОМС для дальнейшей обработки. Реестры, направленные МО после 23:00 первого рабочего дня месяца, следующего за отчетным, к данному отчетному периоду отнесены не будут.
 - 2.2. ТФОМС по завершении приема реестров за отчетный период (первый рабочий день месяца, следующего за отчетным, 23-00) в течение 5 рабочих дней проводит ПАК представленных реестров. Результаты контроля оформляются протоколом (Приложение №2 к порядку ЦОР), файлом исходного реестра, содержащим сведения о случаях, прошедших контроль и данные об ошибках. По записям, прошедшим контроль, ТФОМС формирует по каждой СМО проекты печатных сводных реестров счетов (Приложение №11 к Порядку ЦОР), проект реестра счета по межтерриториальным расчетам, реестры счетов в электронном виде, акт приема-передачи принятых к оплате счетов-реестров за скорую медицинскую помощь застрахованным лицам (Приложение 20 к Порядку ЦОР).
- 2.3. ТФОМС формирует и направляет в МО и СМО документы, перечисленные в п.2.2. Реестры, направленные МО позднее указанного срока будут отнесены к следующему отчетному периоду.
- 2.4. МО загружают в свои базы данных сведения о случаях оказания скорой медицинской помощи, прошедших и не прошедших контроль, проводят работу по устранению ошибок и в следующем отчетном периоде могут повторно предоставить исправленные счета. На основании сведений, полученных от ТФОМС, МО распечатывает печатные реестры счетов, ставит подписи главного врача и главного бухгалтера и вместе с электронными реестрами счетов (полученными от ТФОМС) направляет их не позднее **5-го рабочего дня месяца**, следующего за отчетным, в адрес СМО по защищенным каналам связи, подписанные, заверенные печатью сводные реестры счетов и счет на оплату по межтерриториальным расчетам в адрес ТФОМС. В СМО направляются только те сведения, которые прошли контроль в ТФОМС.
- 2.5. СМО проводят медико-экономическую экспертизу и экспертизу качества оказанной медицинской помощи.
- 2.6. СМО в течение 5 рабочих дней после получения от ТФОМС проектных печатных сводных счетов реестров, реестров счетов в электронном виде, направляют в ТФОМС результаты проведенного контроля, учтенные в отчетном периоде, в соответствии с Приложением 5 к Порядку информационного обмена и таблицей 2 Приложения 1.
- 2.7. ТФОМС в течение 4-х рабочих дней проводит ФЛК и возвращает в СМО результаты проверки.
- 2.8. ТФОМС на основании сведений от СМО формирует реестры с результатами экспертиз СМО и реэкспертиз ТФОМС (реестр экспертиз) и передает их в МО для учета.

- 2.9. МО принимают реестр экспертиз от ТФОМС и вносят его в собственные информационные системы.
- 2.10. НСИ, используемая при подготовке реестров счетов в электронном виде, регулируется настоящим Тарифным соглашением.
- 2.11. Передача данных между участниками осуществляется преимущественно по электронной почте с применением средств защиты информации от несанкционированного доступа по сети VipNet или в исключительных случаях на внешних носителях (компакт-диск, дискета, флэш-карта и др.).

Приложение №1

Стандарт передачи информации за оказанную скорую медицинскую помощь

Информационное взаимодействие между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной МП в формате XML

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_YYMMN.XML, где
 H – константа, обозначающая передаваемые данные.
 Pi – 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 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. Структура файла приведена в Таблице 2
 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:

T – <текст>;

N – <число>;

D – <дата> в формате ГГГГ-ММ-ДД;

S – <элемент>; составной элемент, описывается отдельно;

DM – <дата> в формате ГГГГ-ММ-ДДТНН24:МІ:SS;

В столбце «Наименование» указывается наименование элемента или атрибута.

Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи

Таблица 1 – от МО

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент (Сведения о медпомощи)					
ZL_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	ZAP	OM	S	Записи	Записи о случаях оказания медицинской помощи
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	1.0
	DATA	O	D	Дата	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
	KOD_MO	O	N(6)	Код МО	Код МО –юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником ЕСВС.
Запись					
ZAP	N_ZAP	O	N(6)	Номер позиции записи	Уникально идентифицирует запись в пределах файла.
	PERS	O	S	Информация о пролеченном	
	PREDST	Y	S	Информация о представителе	Для новорожденных незастрахованных
	STR_OMS	Y	S	Информация о страховании по ОМС	Заполняется ССМП с полиса ОМС (при наличии). ТФОМС направляет в ССМП из РСЕРЗ
	SLUCH	O	S	Информация о вызове	
	SCHET	Y	S	Информация о счете	ТФОМС направляет в ССМП
	ERR	Y	S		Из ТФОМС в СМП
PERS	FAM	O	T(40)	Фамилия пациента	Для детей до государственной регистрации рождения указывается «НЕТ».
	IM	O	T(40)	Имя пациента	Для детей до государственной регистрации рождения указывается «НЕТ».
	OT	Y	T(40)	Отчество пациента	Отчество указывается «НЕТ» при отсутствии в УДЛ.
	DR	O	D	Дата рождения пациента	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	TRUE_DR	O	N(1)	Признак достоверности даты рождения.	1. Достоверна; 2-Известно достоверно только месяц и год рождения; 3-Известен достоверно только год рождения
	W	O	N(1)	Пол пациента	Заполняется в соответствии с классификатором V005
	DOCTYPE	Y	N(2)	Тип документа, УДЛ пациента	F011 «Классификатор типов документов, удостоверяющих личность»
	DOC SER	Y	T(10)	Серия документа, УДЛ пациента	
	DOCNUM	Y	T(20)	Номер документа, УДЛ пациента	
	OKATOG	Y	T(5)	Код территории регистрации пациента	
	IND_CFOND	Y	T(20)	Индивидуальный код ЗЛ ТФОМС КК.	Обязательно для заполнения в ТФОМС при передаче реестров в СМО
PREDST	FAM	O	T(40)	Фамилия представителя пациента	Заполняются данные о представителе пациента-ребёнка до государственной регистрации рождения.
	IM	O	T(40)	Имя представителя пациента	
	OT	Y	T(40)	Отчество представителя пациента	Отчество указывается «НЕТ» при отсутствии в УДЛ.
	DR	O	D	Дата рождения представителя пациента	
	DOCTYPE	Y	N(2)	Тип документа, УДЛ представителя пациента	F011 «Классификатор типов документов, удостоверяющих личность»
	DOC SER	Y	T(10)	Серия документа, УДЛ представителя пациента	
	DOCNUM	Y	T(20)	Номер документа, УДЛ представителя	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				пациента	
STR_OMS	SMO	У	T(5)	Реестровый номер СМО.	Заполняется, если известен
	OGRN	У	T(15)	ОГРН СМО	Заполняется, если неизвестен реестровый номер
	NAME	У	T(100)	Наименование СМО	Заполняется, если нет информации о реестровом номере и ОГРН
	VPOLIS	У	N(1)	Тип ДПФС по ОМС	Заполняется в соответствии с F008
	SPOLIS	У	T(10)	Серия ДПФС по ОМС	
	NPOLIS	У	T(20)	Номер ДПФС по ОМС	
	OKATO_OMS	У	T(5)	Код территории страхования	Заполняет ТФОМС, может указываться до уровня области, края
	KOD_MO_AT TACH	У	N(6)	Код МО	Код МО –юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003.
SLUCH	ID_MED	О	N(16)	Идентификатор случая, а так же в базе МО	
	CALL_TIME	У	DT	Дата и время вызова	
	DEP_TIME	О	DT	Дата и время выезда бригады	
	COM_TIME	О	DT	Дата и время прибытия бригады	
	KDBRIG	О	N(3)	Код бригады ССМП	Кодируется в соответствии со справочником «Виды бригад ССМП», справочник SMPVIDB, поле IDSMP
	KDTARGET	О	N(3)	Код повода обращения в СМП	Кодируется в соответствии со справочником «Повод обращения в ССМП», справочник SMPPOVOD, поле IDSMP
	DIAG	О	T(10)	Диагноз основной	Код из справочника МКБ
	KDVHLP	О	N(3)	Код вида помощи	Кодируется в соответствии со справочником «Виды СМП», справочник SMPVID, поле IDSMP
	KDRES_CH	О	N(3)	Код результата выезда	Кодируется в соответствии со справочником «Результат выезда СМП», справочник V009, поле ID_V009 для ID_V006=4
	KOD_MO_GO SP	У	N(6)	Код МО госпитализации/уведомления	Код МО – юридическое лица. Заполняется в соответствии со справочником МО ЕСВС (IDMU).
CODE_MD	О	T(25)	Код медицинского работника, ответственного за оказание услуги	Индивидуальный код врача, ответственного за оказание услуги (ОГРН+"пробел"+табельный номер). Обязательно для заполнения.	
SCHET	NSCHET	О	T(15)	Номер счёта	
	DSCHET	О	D	Дата выставления счёта	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	PLAT	О	T(5)	Плательщик. Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником F002
	SUMMAV	О	N(15.2)	Сумма МО, выставленная на оплату	
	SUMMAP	У	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО/ ТФОМС	Заполняется СМО (ТФОМС).
	SANK_MEK	У	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭК)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК.
	SANK_MEE	У	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭЭ)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ.
	SANK_EKMP	У	N(15.2)	Финансовые санкции (ЭКМП)	Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП.
REFREASON	У	N(3)	Код причины отказа (частичной) оплаты	При проведении экспертизы указывается основной код дефекта, по которому были установлены финансовые санкции	
ERR	KDERR	О	N(3)	Код ошибки	
	COMM	У	T(250)	Комментарий к ошибке	

Таблица 2 Структура файла с протоколом ФЛК

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент (Сведения о медпомощи)					
FLK_P	FNAME	О	T(24)	Имя файла протокола	
	FNAME_I	О	T(24)	Имя исходного файла	
	PR	HM	S	Причина отказа	В файл включается информация обо всех обнаруженных ошибках.
PR	OShib	О	N(3)	Код ошибки	В соответствии с классификатором F012 Приложения А.
	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 дл999я поля, в котором обнаружена ошибка.
	N_ZAP	У	N(6)	Номер записи	Номер записи, в одном из полей которой обнаружена ошибка.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	COMMENT	У	T(250)	Комментарий	Описание ошибки

Таблица 3 – от СМО

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент (Сведения о медпомощи)					
ZL_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	MO_ZAP	OM	S		Информация о медицинской организации случаях оказания медицинской помощи
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	1.0
	DATA	O	D	Дата	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
	SMOCOD	O	T(5)	Код СМО	
MO_ZAP	KOD_MO	O	N(6)	Код МО	Код МО –юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003.
	ZAP	OM	S	Записи	Записи о случаях оказания медицинской помощи
Запись					
ZAP	N_ZAP	O	N(6)	Номер позиции записи	Уникально идентифицирует запись в пределах файла.
	PERS	O	S	Информация о пролеченном	
	PREDST	У	S	Информация о представителе	Для новорожденных незастрахованных
	STR_OMS	У	S	Информация о страховании по ОМС	Заполняется ССМП с полиса ОМС (при наличии) ТФОМС направляет в ССМП из РСЕРЗ
	SLUCH	O	S	Информация о вызове	
	SCHET	У	S	Информация о счете	ТФОМС направляет в ССМП
	ERR	У	S		Из ТФОМС в СМП
	SANK	УМ	S	Информация о проведенных экспертизах	Передают СМО в ТФОМС
PERS	IND_CFOND	У	T(20)	Индивидуальный код ЗЛ ТФОМС КК.	Обязательно для заполнения в ТФОМС при передаче реестров в СМО
	FAM	O	T(40)	Фамилия пациента	Для детей до государственной регистрации рождения указывается «НЕТ».
	IM	O	T(40)	Имя пациента	Для детей до государственной регистрации рождения указывается «НЕТ».
	OT	У	T(40)	Отчество пациента	Отчество указывается «НЕТ» при отсутствии в УДЛ.
	DR	O	D	Дата рождения пациента	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	TRUE_DR	O	N(1)	Признак достоверности даты рождения.	1-Достоверно. 2-Известно достоверно только месяц и год рождения; 3-Известен достоверно только год рождения
	W	O	N(1)	Пол пациента	Заполняется в соответствии с классификатором V005
	DOCTYPE	У	N(2)	Тип документа, УДЛ пациента	F011 «Классификатор типов документов, удостоверяющих личность»
	DOC SER	У	T(10)	Серия документа, УДЛ пациента	
	DOCNUM	У	T(20)	Номер документа, УДЛ пациента	
	OKATOG	У	T(13)	Код территории регистрации пациента	
PREDST	FAM	O	T(40)	Фамилия представителя пациента	Заполняются данные о представителе пациента-ребёнка до государственной регистрации рождения.
	IM	O	T(40)	Имя представителя пациента	
	OT	У	T(40)	Отчество представителя пациента	Отчество указывается «НЕТ» при отсутствии в УДЛ.
	DR	O	D	Дата рождения представителя пациента	
	DOCTYPE	У	N(2)	Тип документа, УДЛ представителя пациента	F011 «Классификатор типов документов, удостоверяющих личность»
	DOC SER	У	T(10)	Серия документа, УДЛ представителя пациента	
	DOCNUM	У	T(20)	Номер документа, УДЛ представителя пациента	
STR_OMS	SMO	У	T(5)	Реестровый номер СМО.	Заполняется, если известен
	OGRN	У	T(15)	ОГРН СМО	Заполняется, если неизвестен реестровый номер
	NAME	У	T(100)	Наименование СМО	Заполняется, если нет информации о реестровом номере и ОГРН
	VPOLIS	У	N(1)	Тип ДПФС по ОМС	Заполняется в соответствии с F008
	SPOLIS	У	T(10)	Серия ДПФС по ОМС	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	NPOLIS	У	T(20)	Номер ДПФС по ОМС	
	OKATO_OMS	У	T(5)	Код территории страхования	Заполняет ТФОМС, может указываться до уровня области, края
	KOD_MO_ATTACH	У	N(6)	Код МО	Код МО –юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003.
SLUCH	ID_MED	О	N(16)	Идентификатор случая, а так же в базе МО	
	CALL_TIME	У	DT	Дата и время вызова	
	DEP_TIME	О	DT	Дата и время выезда бригады	
	COM_TIME	О	DT	Дата и время прибытия бригады	
	KDBRIG	О	N(3)	Код бригады ССМП	Кодируется в соответствии со справочником «Виды бригад ССМП», справочник SMPVIDB, поле IDSMP
	KDTARGET	О	N(3)	Код повода обращения в СМП	Кодируется в соответствии со справочником «Повод обращения в ССМП», справочник SMPPOVOD, поле IDSMP
	DIAG	О	T(10)	Диагноз основной	Код из справочника МКБ
	KDVHLP	О	N(3)	Код вида помощи	Кодируется в соответствии со справочником «Виды СМП», справочник SMPVID, поле IDSMP
	KDRES_CH	О	N(3)	Код результата выезда	Кодируется в соответствии со справочником «Результат выезда СМП», справочник V009, поле ID_V009 для ID_V006=4
	KOD_MO_GOSP	У	N(6)	Код МО госпитализации/уведомления	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником МО ЕСВС (IDMU).
	CODE_MD	О	T(25)	Код медицинского работника, ответственного за оказание услуги	Индивидуальный код врача, ответственного за оказание услуги (ОГРН+"пробел"+табельный номер). Обязательно для заполнения.
SCHET	NSCHET	О	T(15)	Номер счёта	
	DSCHET	О	D	Дата выставления счёта	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	PLAT	О	T(5)	Плательщик. Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником F002
	SUMMAV	О	N(15.2)	Сумма МО, выставленная на оплату	
	SUMMAP	У	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС).
	SANK_MEK	У	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭК)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК.
	SANK_MEE	У	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭЭ)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ.
	SANK_EKMP	У	N(15.2)	Финансовые санкции (ЭКМП)	Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП.
	REFREASON	У	N(3)	Код причины отказа (частичной) оплаты	При проведении экспертизы указывается основной код дефекта, по которому были установлены финансовые санкции
ERR	KDERR	О	N(3)	Код ошибки	
	COMM	У	T(250)	Комментарий к ошибке	

Сведения о санкциях. Элемент формирует СМО при передаче данных в ТФОМС.					
SANK	S_CODE	О	T(32)	Идентификатор санкции	Уникальный код санкции в СМО/ТФОМС. Формируется с использованием GUID
	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 (снятие происходит только по одному коду!)	Классификатор причин отказа в оплате МП F014. Справочник ЕСВС esvs.exp, поле ID_DEF. Если дефекты не выявлены, вносится код «0».
	S_COM	У	T(250)	Комментарий	Комментарий к санкции.
	S_IST	О	N(1)	Источник	1 – СМО/ТФОМС к МО/СМО.
	COMENTSL	У	T(250)	Служебное поле	Коды ошибок, выявленных при проверке Реестра (см. Приложение № 4). Заполняется: в СМО для передачи реестров счетов с результатами форматно-логического контроля в МО;

					в ТФОМС КК для передачи реестров счетов с результатами форматно-логического контроля в МО и СМО; В СМО для передачи реестров счетов с результатами МЭЭ и ЭКМП заполняется кодом экспертного случая из справочника ошибок (KRASFOMS_ERR, поле ERR)
	EXPERT	У	S	Дополнительные сведения о результатах экспертиз	Обязательно в случае передачи сведений по МЭЭ и ЭКМП и МЭК прошлых периодов.
Дополнительные сведения о результатах экспертизы и МЭК прошлых периодов (CORR=1)					
EXPERT	ID_EXPMO	O	T(32)	Уникальный код записи в СМО	Формируется с использованием GUID
	CORR	O	N(3)	Код типа экспертизы/корректировки	Справочник ЕСВС exp_corr_codes поле CORR
	D_CORR	O	D	Дата учета корректировки	Вносится дата учета корректировки в СМО, представляющей реестр. Является обязательным для заполнения в персональной и медицинской части
	D_REESTR	O	D	Дата учета исходного реестра	Вносится дата учета исходного счета-реестра, принятого ТФОМС КК, запись в котором подлежит корректировке.
	C_CORR	УМ	N(3)	Код дефекта	Классификатор причин отказа в оплате МП. Справочник ЕСВС esvs.exp_codes, поле ID_DEF.
	D_EXP	O	D	Дата проведения экспертизы	заполнять в соответствии с датой проведения экспертизы, указанной в акте МЭЭ, акте ЭКМП специалистом-экспертом и экспертом качества медицинской помощи соответственно
	N_EXPERT	У	T(7)	код эксперта	Обязательно для заполнения по результатам ЭКМП.
	AKTD	O	T(20)	Номер акта	Уникален в рамках одной СМО, ТФОМС
	SHTR	O	N(11,2)	Сумма штрафных санкций	
	PR_EK	O	N(1)	Статус проведенной экспертизы	экспертиза не проведена экспертиза проведена, оплата полная экспертиза проведена, оплата частичная экспертиза проведена, отказ полный экспертиза проведена, отказ полный, возможна повторная подача случая МО экспертиза проведена, к выявленным дефектам санкции не применяются проведена реэкспертиза, возврат денежных средств в МО
	SAKT	O	N(1)	Признак согласования акта	Заполняет СМО при передаче результатов экспертиз в ТФОМС^ 0 – Акт не согласован с МО 1 – Акт согласован с МО;
	PR_CR	У	N(2)	Признак корректировки ранее принятого ЦОР результата экспертизы	Принимает значение 1, если СМО корректирует ранее принятую ЦОР запись с результатами экспертизы
	DAKT	O	D	Дата акта	Указывается дата составления Акта
	DPSMO	O	D	Дата подписания руководителем СМО	Указывается дата подписания Акта руководителем СМО

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

Информационные файлы имеют формат XML с кодовой страницей Windows-1251. Персональные данные передаются в соответствии с Приложение 2 к Порядку информационного обмена.

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:
- DV - для реестров счетов на оплату диспансеризации взрослого населения;
- DS - для реестров счетов на оплату диспансеризации детей – сирот;
- PV - для реестров счетов на оплату медицинских осмотров взрослого населения;
- PD - для реестров счетов на оплату медицинских осмотров детского населения;

Сведения о проведенных экспертизах (а также о случаях снятия с оплаты по письмам МО) передаются отдельным файлом, к имени архивного файла добавляется префикс: CR. Например, имена XML файлов от ТФОМС в МО, содержащие сведения об экспертизах по диспансеризации взрослых: сведения о случаях DVT24M240068_15011.XML, персональные данные -LT24M240068_15011.XML, имя архива CRDVT24M240068_15011.ZIP.

- Pi – Параметр, определяющий организацию-источник: Т – ТФОМС; S – СМО; М – МО.
- Ni – Номер источника (двузначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).
- Pp – 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.

ТФОМС при направлении файлов в МО и СМО, формирует архив с XML (имя архива соответствует правилам, указанным выше), необходимыми отчетными документами (протоколы, сводные счета) и упаковывает все указанные файлы в общий архив. Имя общего архива соответствует архиву с XML с добавлением следующих префиксов, в зависимости от типа направляемого реестра:

- Ежедневный ответ от ТФОМС при ПАК (предварительный) – DB;
- Ежедневный ответ от ТФОМС при ПАК (окончательный) – DE;
- Сводный ежемесячный по застрахованным в крае – SM;
- Сводный ежемесячный по инокраевым – IM;
- Окончательный (финальный) ежемесячный с результатами МЭК от СМО – FM.
- Дополнительные отказы - ER .

Примеры имен файлов для МО: SMDST24M240068_15011.ZIP (ежемесячный сводный по детям-сиротам; имя архива внутри DST24M240068_15011.ZIP), DBPVT24M240068_15011.ZIP – ежедневный предварительный для МО по медицинским осмотрам взрослого населения.

Для СМО: SMPVM240068S24001_15011.ZIP (имя архива внутри PVM240068S24001_15011.ZIP).

При осуществлении информационного обмена на программных средствах организации -получателя производится автоматизированный 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 **Error! Reference source not found.**

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 (">")	>
амперсант ("&")	&

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>;
- N – <число>;
- D – <дата> в формате ГГГГ-ММ-ДД;
- S – <элемент>; составной элемент, описывается отдельно.

В столбце «Наименование» указывается наименование элемента или атрибута.

Сопроводительные документы в печатном виде - в соответствии с Приложениями №2, №3 и №4.

Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при диспансеризации

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент (Сведения о диспансеризации/профосмотрах)					
ZL_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	SCHET	OM	S	Счёт	Информация о счёте
Заголовок файла					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	Текущей редакции соответствует значение «2.1».
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
	ASSOCIATED_FILENAME	O	T(26)	Имя связанного файла (персональные данные)	Имя файла без расширения.
	SD_Z	O	N(9)	Количество случаев	Указывается количество случаев оказания медицинской помощи, включённых в файл (Количество элементов SLUCH).
	DATA	O	DT	Дата и время формирования файла	В формате ГГГГ-ММ-ДДТНН24:МИ:СС
	PONAME	O	T(50)	ПО, используемое для формирования счета-реестра	
	POVER	O	T(20)	Версия ПО	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Счёт					
SCHET	CODE	O	T(32)	Код записи счета	Уникальный код (например, порядковый номер).
	CODE_MO	O	T(6)	Реестровый номер МО	Код МО – юридического лица.
	LPU_1	O	N(6)	Код МО, предоставившей реестр	Код юр. лица или филиала МО, предоставившего реестр. Заполняется из справочника ЕСВС MU поле IDMU.
	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	H	T(15)	Номер счёта	
	DSCHET	H	D	Дата выставления счёта	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	PLAT	Y	T(5)	Платательщик. Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником ЕСВС.SMO, поле SMOCOD. При отсутствии сведений может не заполняться.
	SUMMAV	O	N(15.2)	Сумма МО, выставленная на оплату	
	SUMMAP	O	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.
	COMENT	Y	T(250)	Служебное поле к счету	
	D_TIP	O	N(4)	Тип диспансеризации/ профосмотра	Соответствует коду вида деятельности из таблицы KRASFOMS.PROF
	ZAP	OM	S	Записи	Записи о случаях проведения диспансеризации и профосмотров
Записи					
ZAP	N_ZAP	O	N(6)	Номер позиции записи	Уникально идентифицирует запись в пределах счета.
	ID_ZAP	O	T(32)	Уникальный код записи в БД МО.	Формируется с использованием GUID Аналог ID_MED
	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	O	S	Сведения о случае	
Сведения о пациенте					
PACIENT	ID_PAC	O	T(32)	Код записи о пациенте	Уникальный идентификатора (учетного кода) пациента. Необходим для связи с файлом персональных данных.
	DISP	O	T(3)	Тип диспансеризации	Классификатор типов диспансеризации V016
	IND_CFOND	Y	T(20)	Индивидуальный код застрахованного ТФОМС КК.	Заполняется в ТФОМС при успешной идентификации в РС ЕРЗ.
	OMS	Y	S	Сведения о страховании	
	AGE_GR	O	T(6)	Код возрастной группы	Код возрастной группы в соответствии со справочником ЕСВС. Для взрослого населения код возрастной группы = возрасту, которого гражданин достигнет в год прохождения диспансеризации (год определяется из поля DATE_1). Для диспансеризации детей сирот возраст определяется на дату начала диспансеризации. Для профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, в случае, если в год прохождения осмотра (год определяется из поля DATE_1) ребенку исполняется 4 года и более, то код возрастной группы = возрасту, которого ребенок достигнет в год прохождения осмотра, иначе возраст определяется на дату начала медицинского осмотра. Для периодических и предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних, возраст определяется на дату начала медицинского осмотра. Для второго этапа указывается код возрастной группы, определенный на первом этапе.
	KONT	O	N(2)	Контингент – работающий, не	Обязательно для заполнения. Справочник ЕСВС. Поле KONT

				работающий, студент очной формы обучения.	
	C_KAT	Y	T(3)	Код льготной категории пациента.	Заполняется значениями PREF_ID из справочника ECBC PREF для пациентов, имеющих льготы
	NORD	Y	N(1)	Код малых народностей	Принадлежность к коренным малочисленным <u> народам </u> Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации. да - 1; нет - 2
	COMENTP	Y	T(250)	Служебное поле	Коды ошибок, выявленных при проверке Реестра . Заполняется: в ТФОМС КК (ЦОР) для передачи реестров счетов с результатами ФЛК в СМО для передачи реестров счетов с результатами форматно-логического контроля в МО.
Сведения о страховании					
OMS	VPOLIS	O	N(1)	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Классификатор типов документов, подтверждающих факт страхования по ОМС. ESVS.VPOLIS, поле FFOMS Обязательно для заполнения.
	SPOLIS	Y	T(10)	Серия ДПФС по ОМС	
	NPOLIS	O	T(20)	Номер ДПФС по ОМС	Для VPOLIS = 3, вносится единый номер полиса
	SMO_OK	O	T(13)	Регион страхования	Указывается ОКАТО территории выдачи ДПФС. ECBC.K_AD (поле K_ADMN)
	SMO	Y	T(5)	Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником ECBC.SMO, поле SMOCOD. При отсутствии сведений может не заполняться.
	SMO_OGRN	Y	T(15)	ОГРН СМО	Заполняется при невозможности указать реестровый номер СМО.
	SMO_NAME	Y	T(100)	Наименование СМО	Заполняется при невозможности указать ни реестровый номер, ни ОГРН СМО.
Сведения о случае					
SLUCH	ID_CASE	O	N(11)	Номер записи в реестре случаев	Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении.
	NUM_LAP	O	N(1)	Номер этапа (1,2) диспансеризации	
	VIS_OBN	O	N(3)	Код типа диспансеризации или медицинского осмотра	Код типа диспансеризации или медицинского осмотра, соответствует коду цели посещения из справочника ECBC APV.DBF, поле VIS_OBN.
	VIDPOM	O	N(4)	Вид медицинской помощи	Классификатор видов медицинской помощи V008. Справочник ECBC esvs.ffoms_v008, поле IDVMP Вносится код 12
	LPU_1	O	N(6)	Подразделение МО	Заполняется из справочника ECBC MU поле IDMU.
	NUMBER	O	T(20)	Номер амбулаторной карты	
	NHISTORY	Y	T(50)	Номер карты учета диспансеризации	
	DATE_1	O	D	Дата начала диспансеризации/ профосмотра	
	DATE_2	O	D	Дата окончания диспансеризации\ профосмотра	
	DS1	OM	S	Код МКБ	Установленные диагнозы
	RSLT_D	O	T(2)	Результат диспансеризации	Классификатор результатов диспансеризации. ESVS.ffoms_v017, поле IDDR.
	FIZ_GR	Y	N(1)	Код физкультурной группы	Обязательно заполняется в реестрах случаев диспансеризации детей сирот и осмотрах несовершеннолетних значениями из справочника ECBC FIZ_GR, поле ID FIZ_GR.
	VBR	O	N(1)	Признак мобильной медицинской бригады	0 – нет; 1 – да.
	RES_G	O	N(2)	Код результата диспансеризации / медосмотра (заключительная группа здоровья).	Обязательно заполняется из справочника ECBC health_group, поле IDHG (публикуется на сайте ТФОМС).

	NEED	O	N(1)	Необходимость проведения второго этапа диспансеризации	1 – да, 2 – нет, 3 – отказ от прохождения 2-ого этапа диспансеризации (Добавлен так как в справочнике ФФОМС нет отказа от 2 этапа)
	L_LS	O	N(1)	Признак назначения лечения	Обязательно для заполнения. Принимает значение: 0 – не назначено, 1 – назначено.
	DIR_TO	YM	N(2)	Направления на дополнительные обследования	Направления на дополнительные обследования, лечение, консультации, не входящие в диспансеризацию (профосмотры). Заполняется значениями из справочника направлений (ESVS.DIRTO поле IDDIRTO) на дополнительные обследования при диспансеризации и профосмотрах.
	O_SC	O	N(1)	Относительный суммарный сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE	Принимает значения: 0 – нет; 1 – низкий; 2 – высокий.
	A_SC	O	N(1)	Абсолютный суммарный сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE	Принимает значения: 0 – нет; 1 – высокий; 2 – очень высокий.
	IDSP	O	N(2)	Код способа оплаты медицинской помощи	Классификатор способов оплаты медицинской помощи ESVS.FFOM_V010, поле IDSP. Указывается код 11
	TARIF	Y	N(15.2)	Тариф	Указывается тариф без учета коэффициентов при оплате законченного случая 1 этапа.
	SUMV	O	N(15.2)	Сумма, выставленная к оплате	Заполняет МО по всем единицам оплаты
	OPLATA	Y	N(1)	Тип оплаты	Оплата случая оказания медпомощи: 0- не принято решение об оплате. 1 – полная; 2 – полный отказ; 3 – частичный отказ. ESVS.FFOMS_F005 поле IDIDST
	SUMP	Y	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС).
	SANK_IT	Y	N(15.2)	Сумма санкций по случаю	Значение равно сумме приведенных ниже санкций.
	NAZR	YM	S	Назначения	
	SANK	YM	S	Сведения о санкциях	
	OSM	YM	S	Сведения об осмотрах	(DLISTOL)
	OBSL	YM	S	Сведения об обследованиях	(DANALIZ)
	RISK	YM	S	Сведения о факторах риска	Факторы риска, выявленные при проведении диспансеризации (профилактического осмотра)
	COMENTL	Y	T(250)	Служебное поле	
Установленные диагнозы					
DS1	MKB	O	T(9)	Код МКБ выявленного заболевания	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. ESVS.MKB10 поле KODMKB10
	FIRST	O	N(1)	Признак впервые выявленного заболевания	Обязательно для заполнения. Принимает значение: 1 – выявлено впервые, для других случаев - 0.
	DISPD	Y	D	Признак постановки на диспансерный учет	Дата постановки на диспансерный учет по заболеванию. Заполняется для заболеваний, подлежащих диспансерному наблюдению.
Сведения о санкциях					
SANK	S_CODE	O	T(32)	Идентификатор санкции	Уникален в пределах случая.GUID
	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	Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи F014. Справочник ЕСВС esvs.exp, поле ID_DEF Если дефекты не выявлены, вносится код «0».
	S_COM	Y	T(250)	Комментарий	Комментарий к санкции.
	S_IST	O	N(1)	Источник	1 – СМО/ТФОМС к МО.
	COMENTSL	Y	T(250)	Служебное поле	Коды ошибок, выявленных при проверке Реестра (см. Приложение № 4). Заполняется: в СМО для передачи реестров счетов с результатами форматно-логического контроля в МО; в ТФОМС КК для передачи реестров счетов с результатами форматно-логического контроля в МО и СМО;

					<i>В СМО для передачи реестров счетов с результатами МЭЭ и ЭКМП заполняется кодом экспертного случая из справочника ошибок (KRASFOMS_ERR, поле ERR)</i>
	EXPERT	У	S	Дополнительные сведения о результатах экспертиз	Обязательно в случае передачи сведений по МЭЭ и ЭКМП и МЭК прошлых периодов.
Дополнительные сведения о результатах экспертизы и МЭК прошлых периодов (CORR=1)					
EXPERT	ID_EXPMO	O	T(32)	Уникальный код записи в СМО	Формируется с использованием GUID
	CORR	O	N(3)	Код типа экспертизы/корректировки	Справочник ECBC exp_corr_codes поле CORR
	D_CORR	O	D	Дата учета корректировки	Вносится дата учета корректировки в СМО, представляющей реестр. Является обязательным для заполнения в персональной и медицинской части
	D_REESTR	O	D	Дата учета исходного реестра	Вносится дата учета исходного счета-реестра, принятого ТФОМС КК, запись в котором подлежит корректировке.
	C_CORR	УМ	N(3)	Код дефекта	Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи. Справочник ECBC esvs.exp_codes, поле ID_DEF.
	D_EXP	O	D	Дата проведения экспертизы	заполнять в соответствии с датой проведения экспертизы, указанной в акте МЭЭ, акте ЭКМП специалистом-экспертом и экспертом качества медицинской помощи соответственно
	N_EXPERT	У	T(7)	код эксперта	Обязательно для заполнения по результатам ЭКМП.
	AKTD	O	T(20)	Номер акта	Уникален в рамках одной СМО, ТФОМС
	SHTR	O	N(11,2)	Сумма штрафных санкций	
	PR_EK	O	N(1)	Статус проведенной экспертизы	
	SAKT	O	N(1)	Признак согласования акта	Заполняет СМО при передаче результатов экспертиз в ТФОМС^ 0 – Акт не согласован с МО 1 – Акт согласован с МО;
	PR_CR	У	N(2)	Признак корректировки ранее принятого ЦОР результата экспертизы	Принимает значение 1, если СМО корректирует ранее принятую ЦОР запись с результатами экспертизы
	DAKT	O	D	Дата акта	Указывается дата составления Акта
	DPSMO	O	D	Дата подписания руководителем СМО	Указывается дата подписания Акта руководителем СМО
Назначения					
NAZR	NAZ	O	N(2)	Назначения	Заполняется при присвоении группы здоровья, кроме I и II. 1 – направлен на консультацию в медицинскую организацию по месту прикрепления; 2 – направлен на консультацию в иную медицинскую организацию; 3 – направлен на обследование; 4 – направлен в дневной стационар; 5 – направлен на госпитализацию; 6 – направлен в реабилитационное отделение. Справочник ESVS.ORD79 NAZR поле NAZR_CODE
	NAZ_SP	У	N(4)	Специальность врача	Обязательно заполняется, если в поле NAZR проставлены коды 1 или 2. Классификатор V015.
	NAZ_V	У	N(1)	Вид обследования	Обязательно заполняется, если в поле NAZR проставлен код 3. 1 – лабораторная диагностика 2 – инструментальная диагностика 3 – методы лучевой диагностики Кодификатор esvs.ORD79_naz_v поле naz_v
	NAZ_PMP	У	N(3)	Профиль медицинской помощи	Обязательно заполняется, если в поле NAZR проставлены коды 4 или 5. Код профиля по классификатору ФФОМС V002. Обязательно для заполнения. (Справочник ESVS.TPRK (FFOMS_V002), поле IDTPRK)
	NAZ_PK	У	N(3)	Профиль койки	Обязательно заполняется, если в поле NAZR проставлены код 6. Классификатор V020. ESVS.FFOMS_V020

					Код профиля по классификатору ФФОМС V020. Обязательно для заполнения. (Справочник ESVS.TPRK (FFOMS_V002), поле IDTPRK)
Сведения об осмотрах					
OSM	ID_OL	O	T(32)	Уникальный код осмотра врача, входящего в случай диспансеризации или профосмотра в БД МО.	Формируется с использованием GUID. Обязательно для заполнения.
	PRVS	Y	N(9)	Код специальности врача	Классификатор медицинских специальностей ФФОМС V015. (Справочник ECBC OKSO поле IDOKSO) Обязательно для заполнения при ref <> 1,3,4
	VIDPOM	O	N(4)	Вид медицинской помощи	Классификатор видов МП V008. Справочник ECBC esvs.ffoms_v008, поле IDVMP. Для узких специалистов указывается код 13
	CODE_USL	O	T(20)	Код тарифа из справочника тарифов для АПП.	Заполняется значениями из ECBC OKSO, поле IDNSPEC.
	PCOD	Y	T(25)	Код врача, проводившего осмотр	ОГРН + пробел + табельный номер. Обязательно для заполнения при ref <> 1,3,4
	SS_V	Y	T(14)	СНИЛС врача	
	DLOOK	O	D	Дата проведения осмотра или отказа от осмотра.	
	SDIAG	YM	S	Выявленные заболевания	
	L_GROUP	Y	N(1)	Группа здоровья по данной специальности	Код группы из справочника ESVS.HEALTH_GROUP
	TARIF	Y	N(15.2)	Тариф	Указывается тариф без учета коэффициентов для 2 этапа, или 1 этапа (кол-во ранее выполненных услуг более 15%)
	SL_ALL	Y	N(11.2)	Сумма, предъявленная к оплате (руб. / коп.) за посещение	Заполняется МО, обязательно для заполнения для 2 этапа, или 1 этапа (кол-во ранее выполненных услуг более 15%).
	SP_ALL	Y	N(11,2)	Сумма, принятая к оплате (руб. / коп.) за посещение	Заполняется ТФОМС/СМО, обязательно для заполнения для 2 этапа, или 1 этапа (кол-во ранее выполненных услуг более 15%)
	SLTS_ALL	Y	N(11,2)		
	SPTS_ALL	Y	N(11,2)		
	REF	O	N(1)	Условия проведения осмотра.	Обязательно для заполнения в соответствии со справочником ECBC «Виды проведения осмотров (обследований)» KINDS_VIZIT.dbf, поле KOD_V
	PR_OTK	Y	N(2)	Код причины отказа от услуги	Справочник причин отказа от услуги (в разработке Минздрав края) Если в REF внесен код 2
	IDMU	Y	N(6)	Код МО внешнего исполнителя	Заполняется, если осмотр проведен внешним исполнителем (REF = 3, 4). Код головной МО, в которой был выполнен осмотр, справочник ECBC.MU, поле IDMU. Если МО отсутствует в справочнике ECBC, поле не заполняется.
	MU_NAME	Y	T(100)	Наименование МО внешнего исполнителя	Заполняется, если осмотр проведен внешним исполнителем (REF = 3, 4). Наименование МО, в которой был выполнен осмотр. Обязательно для заполнения в случае отсутствия в справочнике МО (поле IDMU не заполнено).
	COMENTOSM	Y	T(250)	Комментарий и/или коды ошибок при ФЛК	
	SANK_OSM	YM	S	Сведения о санкциях	Заполняется только для экспертиз по 2 му этапу
Выявленные заболевания					
SDIAG	LMKB	O	T(9)	Код МКБ выявленного заболевания	Код из справочника МКБ10 до уровня подрубрики. ESVS.MKB10 поле KODMKB10
	L_FIRST	O	N(1)	Признак впервые выявленного заболевания	Обязательно для заполнения. Принимает значение: 1 – выявлено впервые, для других случаев - 0.
	L_LAST	O	N(1)	Признак стадии заболевания	Обязательно для заполнения. Принимает значение: 0 – ранняя стадия, 1 – поздняя стадия, 2 – другие стадии.
	L_MAIN	O	N(1)	Признак основного заболевания по данной	Для каждой врачебной специальности должно быть одно основное заболевание. Принимает значение: 0 – не основное, 1 – основное.

				врачебной специальности.	
	L_PREDV	O	N(1)	Признак предварительного диагноза по данной врачебной специальности.	Принимает значение: 0 – не предварительный диагноз, 1 – признак предварительного диагноза.
Сведения об обследованиях					
OBSL	ID_ANAL	O	T(32)	Уникальный код анализа или диагностического исследования, включенного в случай диспансеризации или профосмотра в БД МО.	Формируется с использованием GUID. Обязательно для заполнения
	IDANALYS	O	T(20)	Код исследования	Заполняется из справочника ESVS.TMUSL поле S_COD
	LABBEGIN	O	D	Дата проведения исследования или отказа от проведения исследования.	Обязательно для заполнения.
	TARIF	Y	N(15.2)	Тариф	Указывается тариф без учета коэффициентов для 2 этапа, или 1 этапа (кол-во ранее выполненных услуг более 15%)
	SL_ALL	O	N(11,2)	Сумма, предъявленная к оплате (руб. / коп.) за исследование,	Заполняется МО, обязательно для заполнения для 2 этапа, или 1 этапа (кол-во ранее выполненных услуг более 15%)
	SP_ALL	O	N(11,2)	Сумма, принятая к оплате (руб. / коп.) за исследование.	Заполняется ТФОМС/СМО, обязательно для заполнения для 2 этапа, или 1 этапа (кол-во ранее выполненных услуг более 15%)
	PRVS	Y	N(9)	Специальность медработника, выполнившего услугу	Классификатор медицинских специальностей ФФОМС V015. (Справочник ЕСВС ОКСО поле IDOKSO) Обязательно для заполнения при ref <> 1,3,4
	CODE_MD	Y	T(25)	Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу	В соответствии с территориальным справочником. Обязательно для заполнения при ref <> 1,3,4 Код медработника (ОГРН+"пробел"+табельный номер)
	REF	O	N(1)	Условия проведения исследования.	Обязательно для заполнения в соответствии со справочником ЕСВС «Виды проведения осмотров (обследований)» KINDS_VIZIT.dbf, поле KOD_V
	PR_OTK	Y	N(2)	Код причины отказа от услуги	Справочник причин отказа от услуги (в разработке) Заполняется, если код в REF = 2
	IDMU	Y	N(6)	Код МО внешнего исполнителя	Заполняется, если осмотр проведен внешним исполнителем (REF = 3, 4). Код головной МО, в которой был выполнен осмотр, справочник ЕСВС.MU, поле IDMU. Если МО отсутствует в справочнике ЕСВС, поле не заполняется.
	MU_NAME	Y	T(100)	Наименование МО внешнего исполнителя	Заполняется, если осмотр проведен внешним исполнителем (REF = 3, 4). Наименование МО, в которой был выполнен осмотр. Обязательно для заполнения в случае отсутствия в справочнике МО (поле IDMU не заполнено).
	VAR	O	N(1)	Признак выявленного отклонения	Обязательно для заполнения. 0 – отклонения не выявлено; 1 - выявлено отклонение.
	COMENTOBS	Y	T(250)	Комментарий и/или коды ошибок при ФЛК	
	SANK_OBSL	YM	S	Сведения о санкциях	Заполняется только для экспертиз по 2 му этапу
Сведения о факторах риска					
RISK	DSFAKTOR	O	T(11)	Код диагноза фактора риска	Справочник ЕСВС. FACTORR_MKB10, Поле IDMKB10
	COMENTR	Y	T(250)	Служебное поле	Коды ошибок, выявленных при ФЛК

Таблица 2 Структура файла с протоколом ФЛК

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Размер	Обяз.	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент						
FLK_P	FNAME	Char	24	O	Имя файла протокола	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Размер	Обяз.	Наименование	Дополнительная информация
	FNAME_I	Char	24	O	Имя исходного файла	
	PR	S		HM	Причина отказа	В файл включается информация обо всех обнаруженных ошибках.
Причина отказа						
PR	OSHIB	Num	3	O	Код ошибки	В соответствии с классификатором F012 Приложения А.
	IM_POL	Char	20	Y	Имя поля	Имя поля, содержащего ошибку. Не заполняется только в том случае, если ошибка относится к файлу в целом.
	BAS_EL	Char	20	Y	Имя базового элемента	Имя базового элемента для поля, в котором обнаружена ошибка.
	CODE	Char	32	Y	Код записи счета	Код записи счета, в котором обнаружена ошибка
	N_ZAP	Num	4	Y	Номер записи	Номер записи, в одном из полей которой обнаружена ошибка.
	ID_PAC	T	32	Y	Идентификатор записи из файла с персон. данными	Элемент заполняется, если обнаружены ошибки в персональных данных
	COMENT	Char	250	Y	Комментарий	Описание ошибки

Особое условие.

Описание структуры информационных файлов в настоящем документе подтверждается файлом со схемой, в формате с расширением «XSD». В случае обнаружения любых расхождений схемы с настоящим документом, приоритетным является описание структуры, представленное в схеме.

Приложение № 5
к «Порядку информационного обмена»

Файл персональных данных для всех типов реестров за исключением данных о вызовах скорой медицинской помощи.

Имя формируется по тому же принципу, что и основной файл, за исключением первого символа: вместо МН 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	1.0
	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.
	DATA	O	DT	Дата и время формирования файла	В формате ГГГГ-ММ-ДДТНН24:М:SS
Данные					
PERS	ID_PAC	O	T(32)	Код записи о пациенте	Соответствует аналогичному номеру в файле со сведениями счетов об оказанной медицинской помощи.
	FAM	Y	T(40)	Фамилия пациента	FAM (фамилия) и/или IM (имя) указываются обязательно при наличии в документе УДЛ. В случае отсутствия кого-

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	IM	Y	T(40)	Имя пациента	либо реквизита в документе УДЛ в поле DOST обязательно включается соответствующее значение, и реквизит не указывается. OT (отчество) указывается при наличии в документе УДЛ. В случае отсутствия реквизит не указывается и в поле DOST можно опустить соответствующее значение. Для детей при отсутствии данных ФИО до государственной регистрации не указываются. В этом случае значение поля NOVOR должно быть отлично от нуля.
	OT	Y	T(40)	Отчество пациента	
	W	O	T(1)	Пол пациента	М, Ж
	DR	O	D	Дата рождения пациента	Если в документе, УДЛ, не указан день рождения, то он принимается равным «01». При этом в поле DOST должно быть указано значение «4». Если в документе, УДЛ, не указан месяц рождения, то месяц рождения принимается равным «01» (январь). При этом в поле DOST должно быть указано значение «5». Если в документе, УДЛ, 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 должно быть указано значение «6», «4» или «5» соответственно
	TEL	Y	T(40)	Номер телефона пациента	Указывается только для диспансеризации при предоставлении сведений. Информация для страхового представителя.
	DOST	YM	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.
	DOCUM	Y	S	Сведения о документе УДЛ	
Сведения о документе УДЛ					
DOCUM	DOCTYPE	O	T(2)	Тип документа, УДЛ пациента или представителя	ESVS.DOCUM, поле DOCTYPE
	DOCSER	Y	T(10)	Серия документа, УДЛ пациента или представителя	При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться.
	DOCNUM	O	T(20)	Номер документа, УДЛ пациента или представителя	При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться.
Окончание элемента сведения о документе					
	PREDST	Y	S	Сведения о представителе пациента	
Сведения о представителе пациента					
	FAM_P	Y	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 указывается и в поле DOST_P можно опустить соответствующее значение. 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».
	IM_P	Y	T(40)	Имя представителя пациента	
	OT_P	Y	T(40)	Отчество представителя пациента	
	W_P	O	T(1)	Пол представителя пациента	
	DR_P	O	D	Дата рождения представителя пациента	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	DOST_P	УМ	N(1)	Код надёжности идентификации представителя	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.
	DOCUM_P	У	S	Сведения о документе УДЛ представителя	
Сведения о документе УДЛ представителя					
DOCUM_P	DOCTYPE	O	T(2)	Тип документа, УДЛ пациента или представителя	ESVS.DOCUM, поле DOCTYPE. При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться.
	DOC SER	У	T(10)	Серия документа, УДЛ пациента или представителя	При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться.
	DOCNUM	O	T(20)	Номер документа, УДЛ пациента или представителя	При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться.
Окончание элемента сведения о документе					
	MR	У	T(100)	Место рождения пациента или представителя	Место рождения указывается в том виде, в котором оно записано в предъявленном документе, удостоверяющем личность.
	SNILS	У	T(14)	СНИЛС	СНИЛС с разделителями. Указывается при наличии.
	OKATOG	O	T(13)	Код места жительства по ОКАТО	Код территории прописки пациента по справочнику ЕСВС.К_AD (поле K_ADMN): заполняется с точностью до населенного пункта для граждан, проживающих на территории края; с точностью до региона РФ, для граждан, застрахованных за пределами Края. Обязательно для заполнения.
	OKATOP	O	T(13)	Код места пребывания по ОКАТО	Код территории места пребывания пациента по справочнику ЕСВС.К_AD (поле K_ADMN): заполняется с точностью до населенного пункта для граждан, проживающих на территории края; с точностью до региона РФ, для граждан, застрахованных за пределами Края. Обязательно для заполнения.
	P_CITY	У	T(50)	Название населенного пункта прописки пациента.	Обязательно для заполнения у граждан, застрахованных за пределами края.
	ID_UL	O	N(8)	Код адреса	Код адреса (улицы) прописки. Заполняется из справочника ЕСВС.ADRES (поле IDADRES). Обязательно для заполнения для граждан, зарегистрированных на территории края при наличии улицы до уровня улицы, в иных случаях до уровня населенного пункта/региона в справочнике ADRES.
	UL	У	T(30)	Наименование улицы прописки пациента.	Обязательно для заполнения при наличии улицы в адресе.
	DOM	У	N(4)	Номер дома прописки пациента.	Заполняется, если номер дома присутствует в адресе пациента.
	BDOM	У	T(2)	Буква номера дома прописки пациента.	Заполняется, если буква номера дома присутствует в адресе пациента.
	KOR	У	T(3)	Номер корпуса в адресе прописки пациента.	Заполняется, если номер корпуса присутствует в адресе пациента.
	KV	У	N(4)	Номер квартиры прописки пациента.	Заполняется, если номер квартиры присутствует в адресе пациента.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	BKV	У	T(2)	Буква номера квартиры прописки пациента.	Заполняется, если буква номера квартиры присутствует в адресе пациента.
	OSPR	У	S	Результат определения страховой принадлежности	Элемент добавляет ТФОМС по итогам сверки с ЦС и РС ЕРЗ (см. Приложение 8)
	COMENTP	У	T(250)	Служебное поле	
Результат определения страховой принадлежности					
OSPR	RESULT	O	N(2)	Код результата поиска	См. Таблицу 1 Приложения 8
	CODSK_RGN	У	N(13)	Код территории СМО	Заполняется после сверки с ЦС ЕРЗЛ. ЕСВС.К_AD (поле K_ADMN)
	CODSK_OUR	У	C(6)	Реестровый код СМО для сверенной записи	Справочник ЕСВС.SMO, поле SMOCOD
	SPOLIS_OUR	У	C(8)	Серия ДПФС по ОМС	
	NPOLIS_OUR	У	C(20)	Номер ДПФС по ОМС	
	CODE_POUR	У	N(6)	Код МО прикрепления	Справочник ЕСВС MU поле IDMU.
	VPOLIS_OUR	У	N(1)	Код типа ДПФС	Справочник ESVS.VPOLIS, поле FFOMS
	DATE_N_OUR	У	DATE	Дата начала действия ДПФС	
	DATE_E_OUR	У	DATE	Дата окончания действия ДПФС	Заполняется при наличии.
	REASON	У	C(255)	Причина выдачи ДПФС с задержкой более 3-х дней (для кода 12).	Причина, по которой гражданин не может быть идентифицирован для страхования.

Приложение 6
К «Порядку информационного обмена»

Учет результатов экспертиз и корректировок счетов-реестров за медицинскую помощь и услуги, зарегистрированных в ИС ТФОМС Красноярского края.

1. Общие положения

Настоящее Приложение определяет условия формирования данных, предназначенных для учета результатов экспертиз (РЭ), предусмотренных приказом №230 и корректировок записей принятых к оплате счетов-реестров СМО, принятых, обработанных и зарегистрированных в ИС ТФОМС КК.

Формат передачи данных за медицинскую помощь и медицинские услуги, оказанные в отделениях круглосуточного и дневного пребывания, амбулаторных подразделениях в рамках программы ОМС указан в Приложении 2, сведения вносятся в элемент «EXPERT» XML - файла с данными о медицинской помощи. Для учета РЭ вызовов скорой медицинской помощи (СМП) данные вносятся в элемент «EXPERT» в XML-файл реестра выполненных вызовов (Приложение 13 к Порядку информационного обмена).

Файлы с РЭ и корректировками создаются СМО для принятых к оплате счетов-реестров, ранее переданных в ТФОМС КК, проверенных и принятых им в соответствии с установленным порядком. Примечание: если в ТФОМС случаю лечения присвоен идентификатор ID_MED_TF, СМО обязательно передает его без изменений в файлах с РЭ и корректировками.

Данные с РЭ и корректировками представляются в виде отдельных файлов. В файлы включаются результаты **всех** экспертиз, проведенных СМО, независимо от выявленных дефектов.

В реестр с РЭ обязательно вносится признак согласования акта экспертизы с медицинской организацией вносится в поле SAKT элемента EXPERT.

Имена файлов соответствуют установленным Стандартами. Исходные файлы упаковываются архиватором ZIP. К началу имени архивного файла, предусмотренному соответствующим Стандартом, добавляются символы CR для идентификации данных с корректировками.

Файл с РЭ и корректировками должен содержать изложенные выше сведения за отчетный период. Например: в файле РЭ и корректировок, поданном за январь в феврале, должны содержаться соответствующие сведения (финансовые санкции, правки и т.п.) об изменениях реестров, учтенных СМО в январе (в поле D_CORR (Таблица 1) «дата учета корректировки» внесено значение от 01 до 31 января). В рамках ЦОР дата учета корректировки указывается месяцем позже (в данном случае от 01 до 28 февраля).

Данные с РЭ для МО ежемесячно формирует и передает ТФОМС на основании данных СМО и реэкспертиз, проведенных ТФОМС.

2. Условия подачи сведений о результатах медико-экономического контроля (МЭК), МЭЭ и ЭКМП, корректировок ранее поданных сведений.

Таблица 1

Вид экспертизы/корректировки	Наименование комплексного элемента/наименование элемента	Допустимые значения
МЭК текущего периода (указывается в основном файле)	SANK/S_SUM, S_SUMOD	= -SUMV, -SUMVOD
	SLUCH_MED/SANK_IT	= -SUMV
	SCHET/SANK_MEK	= сумме отказанных позиций (со знаком минус)
	SLUCH_MED/SUMP, SUMPOD USL_SLUCH/SUMP_USL,SUMV_USL	=0
	SANK/COMENTSL	Указываются коды ошибок в соответствии с Приложением № 4 к «Порядку информационного обмена в системе ОМС».
МЭК прошлых периодов (корректировка на удаление)	EXPERT/CORR	1
	SANK/S_SUM, S_SUMOD	= -SUMV, -SUMVOD
	SLUCH_MED/SANK_IT	= -SUMV
	SCHET/SANK_MEK	= сумме отказанных позиций (со знаком минус)
	SLUCH_MED/SUMP, SUMPOD USL_SLUCH/SUMP_USL,SUMV_USL	=0
МЭЭ, ЭКМП	SANK/COMENTSL	Указываются коды ошибок в соответствии с Приложением № 4 к «Порядку информационного обмена».
	SANK/S_OSN	Указывается основной код дефекта, по которому учтется данный МЭК
	EXPERT/PR_EK	=1
	CORR	310..490
	SANK/S_SUM, S_SUMOD	указывается 0 или сумма санкций со знаком минус
МЭЭ, ЭКМП	EXPERT/SHTR	Указывается 0 или сумма штрафных санкций со знаком минус
	SLUCH_MED/SANK_IT	= сумма всех санкций по случаю (штрафы не учитываются)

Вид экспертизы/корректировки	Наименование комплексного элемента/наименование элемента	Допустимые значения
	SCHET/SANK_MEE SCHET/SANK_EKMP	= сумме финансовых санкций (со знаком минус)
	SLUCH_MED/SUMP, SUMPOD USL_SLUCH/SUMP_USL,SUMV_USL	=принятая сумма после проведенных экспертиз. SUMV+SANK_IT (т.к. санкции указываются со знаком минус)
	SANK/S_OSN	Указывается основной код дефекта, по которому произошло снятие
	EXPERT/C_CORR	Указываются все выявленные дефекты
	EXPERT/PR_EK	< >1

Записи с результатами экспертиз и/или корректировками подаются в следующих случаях:

- сведения о результатах медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, иным санкциям;
- в случае необходимости удаления исходного счета-реестра;
- в случае корректировок, переданных СМО и принятых ЦОР случаев с результатами медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи, *если в исходном, ранее поданном реестре экспертиз, в элементе EXPERT в поле SAKT внесен код 0 «Акт не согласован с МО».*

В случае корректировки СМО записи с результатами экспертизы, ранее принятой ЦОР, СМО подает новую запись с элементом PR_CR = 1 (входит в элемент EXPERT). Допускается корректировка следующих параметров: Код дефекта, Сумма финансовых санкций, Сумма штрафных санкций, D_CORR, PR_EK. Остальные параметры не меняются! Ранее принятая ЦОР запись закрывается датой приема записи с корректировкой, не удаляется. Закрытая запись используется при формировании статистики и отчетов за периоды до корректировки. Корректирующая запись используется для статистики и отчетов в периоды после даты корректировки.

Пример:

Была 1 экспертиза МЭЭ с дефектом 127 и суммой финансовых санкций в размере 100 руб. в январе.

В марте подается МЭЭ без дефекта и с суммой финансовых санкций =0.

Статистика за январь: дефект 127, кол-во экспертиз 1, сумма санкций = 100.

За март: дефект 127, кол-во экспертиз -1, сумма санкций = -100

Без дефекта, кол-во экспертиз 1, сумма санкций =0

Первичная и все последующие корректировки подаются только на исходную запись реестра.

Удаленная запись не корректируется.

В случае подачи в основном реестре ошибочного счета-реестра (например: неверный код МКБ, код тарифа), на данный случай лечения подается корректировка на удаление. После чего, правильная запись подается в основном реестре в следующем периоде.

В случае снятия с оплаты реестра по причине оплаты данного случая лечения фондом социального страхования (производственная травма): при полном снятии суммы подается корректировка на удаление, в поля S_OSN, C_CORR обязательно указывается значение 139; при частичном снятии суммы в поле CORR вносится код 3 (310...320) или 4(410...430), в поля S_OSN, C_CORR вносится код 139.

Значения ключевых полей файлов с корректировками должны совпадать со значениями ключевых полей ранее поданных изменяемых записей.

Значения в поле CORR вносятся из справочника ECBC exp_corr_codes, поле CORR.

3. Структура справочника причин отказа в оплате медицинской помощи.

Имя справочника EXP_DDMMYYYY_NN.XML. Где EXP_ - обязательный префикс, DDMMYYYY – дата формирования, _NN – порядковый номер версии справочника в день формирования. Упаковывается архиватором ZIP. Имя архива соответствует имени справочника.

Имя поля	Формат	Наименование
ID_DEF	N (3)	Идентификатор
RAZD	N (2)	Номер раздела по приказу 230

Имя поля	Формат	Наименование
IDVID	N(1)	Код вида экспертиз (не используется)
KODFFOMS	N(3)	Код из справочника ФФОМС
OSN	C(10)	Код основания для штрафа
Komment	C(250)	Сокращенное название
Naim	Memo	Полное название
REEST	N(3)	Процент снятия оплаты с суммы за случай лечения.
SHTR	N(3)	Процент штрафных санкций
DATEBEG	Date	Дата начала
DATEEND	Date	Дата окончания

4. Перечень контролей при проверке файла корректировок

Код ошибки	Наименование	Примечание
206	Не найдена исходная запись.	
210	Не корректная сумма СМО	
211	Не корректное кол-во койко-дней (посещений)	Для корректировки с кодом 1: -с kd<> кол-во койко-дней (посещений) исходной записи; Для корректировки с кодами 310...410...7 и 51.. (до 01.06.2011 – 3,4,5) в случае частичного или полного снятия койко-дней (посещений: с kd корректировки превышает с kd исходной записи (с учетом всех ранее поданных корректировок). Для корректировки с кодом 5 значение в поле с kd отличное от 0.
212	Неверный код корректировки	В персональной части указан код, отличный от 0, 1. В персональной части CORR=1 (удаление), в медицинской есть запись с CORR<>1. В персональной части CORR=1 (удаление), в медицинской - количество строк не совпадает с кол-вом строк исходной записи В медицинской части CORR=1, в персональной CORR=0, при этом другие медицинские части отсутствуют Для результатов экспертиз случаев диспансеризации детей в возрасте 14 лет: указан код, отличный от значений 310...410...
204 (персон. часть), 205 (медицинская)	Дубликат по ключевым полям	
202	Отсутствует персональная часть	Для записи в медицинской части не найдена соответствующая персональная
201	Отсутствует медицинская часть	Для записи в персональной части не найдена соответствующая медицинская.
213	Сведения в корректировке отличаются от исходной записи	
214	Неверная дата учета корректировки	В элементе D_CORR указана дата, отличная от отчетного периода (например, для корректировки, подаваемой в феврале за январь, указана дата, не входящая в период от 01 января до 31 января)

Особые условия.

По результатам МЭЭ, ЭКМП сумма оплаты может сниматься полностью на основании неверного кодирования (применения) тарифа. По решению эксперта, МО может подать счет на оплату повторно в дополнительном реестре при условии изменения кода тарифа. В таком случае, обмен данными выполняется по следующим правилам:

СМО формирует файл корректировок с результатами экспертиз, при этом поле CORR заполняется соответствующим типом корректировки, в элементе EXPERT, PR_EK = 5

Для случаев госпитализации с переводами, поля заполняются следующим образом: поле CORR по записи с финансовой санкцией заполняется соответствующим типом корректировки, в случае отсутствия финансовых санкций по таким случаям подается 2 записи: одна с соответствующим типом корректировки, вторая с типом корректировки CORR = 1.

Справочник контролей реестров счетов при персонифицированном учете медицинской помощи

Участник информационного обмена выполняет их форматно-логический контроль принимаемых данных:

Проверка принимаемых файлов на соответствие стандарту:

Используемый архиватор.

Имя архивного файла.

Вложенные файлы.

Тип файлов.

Имена файлов.

Наличие, имена, форматы, размеры элементов/полей.

Правило заполнения элемента PACIENT/COMENTP, SLUCH_MED/COMENTSL в пакетах, возвращаемых в учреждения после обработки.

Элементы COMENTP, COMENTSL, заполняются только при наличии ошибок по следующему шаблону:

\$Критичность_ошибки\$Код_ошибки(результата_контроля)\$Имя_элемента.

Критичность ошибки (отметка об отказе в приеме записи, поле ERR_TYPE), код (CODE_ERR) и элемент (F_NAME) заполняется в соответствии со справочником (таблица 2).

Таблица 1

Критичность ошибок

Код критичности	Значение
1	Критическая ошибка для файла. Отказ в приеме файла
2	Критическая ошибка для записи. Запись не принимается
3	Не критическая ошибка для записи. Запись принимается. Данные об ошибке вносятся в файл ошибок
4	Не критическая ошибка для записи. Запись принимается. Идет отказ в оплате по средствам ФФОМС

Таблица 2.

Структура справочника контролей

Имя файла CTR_DDMMYYYY_NN где: CTR_ - обязательный префикс; DDMMYYYY - дата файла; NN – порядковый номер.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент					
PACKET	ZGLV	O	S	Заголовок справочника	Информация о справочнике
	ZAP	OM	S	Записи	Записи о проверках
Заголовок					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	1.0
	DATA	O	D	Дата изменений	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	TYPE	O	T(26)	Тип справочника	=ERR_ALGORITHM
Запись					
ZAP	STD_ID	O	N(6)	Номер стандарта	(Классификатор/справочник стандартов) НЕТ!
	EL_ZAP	OM	S	Список файлов/элементов	
Файл/Элемент					
EL_ZAP	EL_NAME	O	T(20)	Имя файла/базового элемента	
	CODE_ERR	O	N(3)	Код ошибки	
	F_NAME	O	T(64)	Имя Поля (элемента)	
	ERR_NAME	O	T(100)	Наименование ошибки	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	FLDNAME	У	T(164)	Ключевое поле для связи со справочником/классификатором, по которому выполняется проверка	
	TBLNAME	У	T(164)	Наименование справочник/классификатора для проверки соответствия значений в указанном поля	
	DELETED	О	N(1)	Признак неактуальности проверки	0-актуально,1 -нет
	FUNC		T(1000)	Описание функции/алгоритма контроля	
	ERR_TYPE		N(1)	Уровень критичности ошибки	(Справочник критичности ошибки) НЕТ!
	BGDATE		DATE	Дата введения в действие	
	BGREASON		T(250)	Основание для введение в действие	
	CLDATE		DATE	Дата окончания действия	
	CLREASON		T(250)	Основание для окончания действия	
	MDATE		DATE	Дата внесения изменений	
	MREASON		T(250)	Основание для внесения изменений	

Приложение №8
к «Порядку информационного обмена»

Порядок сверки принятых к оплате реестров счетов медицинских учреждений со списком признанных страховых случаев по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве Красноярского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации (далее - ФСС).

В соответствии с оглашением об информационном обмене и взаимодействии между ТФОМС Красноярского края и Государственным учреждением - Красноярским региональным отделением ФСС, ТФОМС Красноярского края ежемесячно получает от ФСС данные о застрахованных гражданах, получивших медицинскую помощь в связи с повреждением здоровья вследствие несчастных случаев на производстве (список страховых случаев ФСС) и проводит сверку реестров счетов МУ. Цель сверки: выявление случаев двойного финансирования для обеспечения рационального расходования средств обязательного медицинского страхования при реализации Закона Российской Федерации от 28.06.1991 №1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» и обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний при реализации Федерального закона от 24.07.1998 №125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», постановления Правительства Российской Федерации от 15.05.2006 №286 «Об утверждении Положения об оплате дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию застрахованных лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее - постановление Правительства РФ от 15.05.2006 №286).

ТФОМС Красноярского края проводит сверку списка страховых случаев ФСС с БД застрахованных граждан. Каждой сверенной записи присваивает индивидуальный номер КФОМС (IND_CFOND). По сверенным записям формирует списки для каждой СМО с целью проверки поданных на оплату реестров счетов МУ для исключения случаев оказания медпомощи, подлежащих оплате через ФСС в соответствии с приложением 1.

СМО, на основании данных в файле, проводят экспертизу первичной медицинской документации и снимают с оплаты указанные случаи оказания медицинской помощи. Сведения о факте снятия с оплаты передают в КФОМС в файле корректировок ранее принятых к оплате реестров счетов.

Формат данных ФСС, о застрахованных гражданах, получивших МП в связи с повреждением здоровья вследствие несчастных случаев на производстве

ТФОМС Красноярского края формирует и передает в СМО список страховых случаев ФСС по производственному травматизму, сверенный с БД ЗГ.

Файл передается ежемесячно после __ числа каждого месяца.

Имя файла FSSXXXXYYMMDD.DBF, где FSS – обязательный префикс файла, XXXX – код СМО, для которой формируется список, YYMMDD – соответственно, 2 последние цифры номера года, месяц и день формирования файла.

При формировании данных используется код ASCII, кодовая страница 866. Выравнивание в символьных полях производится по левому краю. Передаваемый файл архивируется архиватором Zip. Имя архивного файла совпадает с именем файла данных, расширение «zip».

Формат файла FSSXXXXYYMMDD.DBF

№ п/п	Имя поля	Тип	Размер	Содержание
1	IND_CFOND	Char	20	Индивидуальный код КФОМС
2	FAM	Char	40	Фамилия пострадавшего
3	IM	Char	40	Имя пострадавшего
4	OT	Char	40	Отчество пострадавшего
5	W	Char	1	Пол пострадавшего
6	DR	Date	8	Дата рождения пострадавшего
7	L_NAMEF	Char	150	Наименование МО (по данным ФСС)
8	L_ADDRESS	Char	150	Адрес МО, оказавшего медицинскую помощь (по данным ФСС)
9	DATA_NS	Char	8	Дата страхового несчастного случая
10	KOD_T	Num	1	Код тяжести несчастного случая (1- страховой по социальному страхованию, 2- тяжелый)
11	DIAG	Char	7	Диагноз
12	DL	Char	8	Дата начала лечения

Порядок передачи информации о фактическом финансировании СМО медицинских организаций по программе ОМС.

Настоящий стандарт устанавливает форматы данных для предоставления СМО сведений о фактическом финансировании МО за отчетный период, установленный ТФОМС. Состав передаваемой информации:

Сальдо на начало отчетного периода (Приложение 1).

Сведения о платежных документах (Приложение 2).

Акт приема-передачи файлов (Приложение 3).

Форматно-логический контроль (Приложение 4).

Данные передаются в формате DBF-IV, кодовая страница – 866.

Сальдо на начало отчетного периода.

Имя файла FSAL.DBF, где FSAL – обязательный префикс.

Имя поля	Размер	Значение
CODSK	CHAR(6)	Код СМО (страховой медицинской организации)
LPU_ID	NUM(6)	Код МО (медицинской организации)
COD_VD	CHAR(4)	Код вида помощи: 1000 – стационар круглосуточного пребывания, 5555 – амбулаторно-поликлиническая помощь, 3000 – стационар дневного пребывания,

Имя поля	Размер	Значение
DAT_N	DATE	Дата начала периода отчета
DAT_K	DATE	Дата окончания периода отчета
S_OMS	NUM(14,2)	Сальдо на начало отчетного периода по базовой программе ОМС («-» дебет/аванс, «+» кредит/долг)
S_NSZ	NUM(14,2)	Сальдо на начало отчетного периода по НСЗ ФОМС (ФГУ) («-» дебет/аванс, «+» кредит/долг)
S_OMS_P	NUM(14,2)	Сальдо за предшествующий период по базовой программе ОМС («-» дебет/аванс, «+» кредит/долг)
S_NSZ_P	NUM(14,2)	Сальдо за предшествующий период по НСЗ ФОМС (ФГУ) («-» дебет/аванс, «+» кредит/долг)

Комментарий: Все поля обязательны для заполнения.

Приложение 2

Сведения о платежных документах

Имя файла FPAY.DBF, где FPAY – обязательный префикс.

Имя поля	Размер	Значение
CODSK	CHAR(6)	Код СМО (страховой медицинской организации)
LPU_ID	NUM(6)	Код МО (медицинской организации)
COD_VD	CHAR(4)	Код условия оказания помощи: 1000 – стационар круглосуточного пребывания, 5555 – амбулаторно-поликлиническая помощь, 3000 – стационар
DAT_N	DATE	Дата начала периода отчета
DAT_K	DATE	Дата окончания периода отчета
FIN_TYPE	NUM(1)	Вид финансирования: 0 – Аванс на текущий период, 1 – Окончательный расчет; 2 – Аванс на следующий период
PAY_NUM	CHAR(15)	Номер платежного поручения
PAY_DATE	DATE	Дата перечисления средств
FIN_OMS	NUM(14,2)	Финансирование по базовой программе ОМС (ЕСЛИ НЕ ОПЛАЧИВАЛИ ТО 0)
FIN_NSZ	NUM(14,2)	Средства НСЗ ФОМС (ФГУ) (ЕСЛИ НЕ ОПЛАЧИВАЛИ ТО 0)

Комментарий: Все поля обязательны для заполнения.

Приложение 3

Прочие корректировки

Имя файла FSLD.DBF, где FSLD – обязательный префикс.

Имя поля	Размер	Значение
CODSK	CHAR(6)	Код СМО
LPU_ID	NUM(6)	Код МО
COD_VD	CHAR(4)	Код вида помощи: 1000 – стационар круглосуточного пребывания, 5555 – АПП, 3000 – стационар дневного пребывания, 6666 – внешние услуги, 3333 –
DAT_N	DATE	Дата начала периода отчета
DAT_K	DATE	Дата окончания периода отчета
PCORR_OMS	NUM(14,2)	Сумма корректировки по базовой программе ОМС. Сумма снятия (со знаком плюс) или добавления (со знаком минус).
PCORR_NSZ	NUM(14,2)	Сумма корректировки по НСЗ ФОМС (ФГУ). Сумма снятия (со знаком плюс) или добавления (со знаком минус).

В таблицу вносятся сведения о переносе сальдо расчетов при реорганизации медицинской организации, о переносе средств с одного вида медицинской помощи на другой в счет оплаты реестров. Схемы переноса задаются нужным количеством записей.

Файлы упаковываются архиватором ZIP. Имя архива имеет формат AFINXXXX_DDMMYYYY_NN.ZIP, где AFIN – обязательный префикс для файлов по авансовому финансированию, или PFINXXXX_DDMMYYYY_NN.ZIP, где PFIN – обязательный префикс для файлов по окончательному расчету, или FINXXXX_DDMMYYYY_NN.ZIP, где FIN – обязательный префикс для файлов по авансовому финансированию и окончательному расчету одновременно («общий» файл), XXXX – код СМО, DDMMYYYY – дата окончания отчетного периода, NN – порядковый номер.

Отчет предоставляется ежемесячно до 5-го числа месяца, следующего за отчетным.

Файл FSLD.DBF и FSAL.DBF заполняются информацией только при подаче информации об окончательном расчете или в «общем» файле (с префиксом FIN), а в остальных случаях подаются пустыми Приложение 4.