



КонсультантПлюс
надежная правовая поддержка

<Письмо> Минздрава России N
14-0/10/2-2564, ФФОМС N 7155/30 от
26.09.2012

<О направлении Методических рекомендаций
"Скорая медицинская помощь в системе ОМС.
Этап становления, перспективы развития">

Документ предоставлен **КонсультантПлюс**

www.consultant.ru

Дата сохранения: 02.04.2016

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
N 14-0/10/2-2564
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
N 7155/30

ПИСЬМО
от 26 сентября 2012 года

Министерство здравоохранения Российской Федерации и Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в связи с осуществлением финансового обеспечения скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) за счет средств обязательного медицинского страхования с 1 января 2013 года в соответствии со [статьей 51](#) Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" направляют для использования в работе [Методические рекомендации](#) "Скорая медицинская помощь в системе ОМС. Этап становления, перспективы развития", подготовленные ГБУ "Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе", ГБОУ ВПО "Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова" и ГБОУ ВПО "Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И.П. Павлова" Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Заместитель Министра
здравоохранения Российской Федерации
Т.В.ЯКОВЛЕВА

Председатель Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
Н.Н.СТАДЧЕНКО

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В СИСТЕМЕ ОМС:
ЭТАП СТАНОВЛЕНИЯ, ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АПУ - амбулаторно-поликлиническое учреждение
АСМП - автомобиль скорой медицинской помощи;
ГТС - генеральное тарифное соглашение;
ДМС - добровольное медицинское страхование;
[Закон N 323-ФЗ](#) - Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации";
[Закон N 326-ФЗ](#) - Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации";
КМП - качество медицинской помощи;
МЗ РФ - министерство здравоохранения Российской Федерации;
МО - медицинская организация;
ОМС - обязательное медицинское страхование;
ПГГ - программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи;
РФ - Российская Федерация;
СМО - страховая медицинская организация;
СМП - скорая медицинская помощь;
ТПГГ - территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи (на территории субъекта РФ);

ТФОМС - территориальный фонд обязательного медицинского страхования;
ФФОМС - федеральный фонд обязательного медицинского страхования.

ВВЕДЕНИЕ

В свете изменений законодательства Российской Федерации в сфере здравоохранения в связи с принятием и поэтапным вступлением в силу Федерального [закона](#) от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации" и Федерального [закона](#) от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" основные направления модернизации скорой медицинской помощи заложены в изменениях ее нормативно-правовой базы и связаны с рациональным использованием имеющихся ресурсов здравоохранения.

Важный этап в развитии системы СМП в Российской Федерации - переход к финансированию в системе обязательного медицинского страхования. Скорая медицинская помощь (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) СМП) оказываются в рамках [базовой программы](#) ОМС. Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования с 1 января 2013 года <1>.

<1> Федеральный [закон](#) от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации".

Таким образом, догоспитальный этап СМП с 1 января 2013 года вступает в новый период своего экономического развития. Переход в ОМС системы СМП будет способствовать обеспечению за счет средств ОМС гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной и [базовой программы](#) ОМС, соблюдению государственных гарантий прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по ОМС в рамках базовой программы ОМС независимо от финансового положения страховщика, созданию условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ ОМС.

Тем не менее, реформа эта влечет за собой необходимость рассмотрения многих вопросов, связанных как с переходным этапом, так и с периодом становления новых финансовых механизмов, а также с перспективами дальнейшего развития и совершенствования СМП.

I. СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В СВЕТЕ НОВОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ

В соответствии с Федеральным [законом](#) от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации":

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

При этом под медицинским вмешательством понимают выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций (а также искусственное прерывание беременности), имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность. Срочным является медицинское вмешательство, требующее соблюдения определенных требований к срокам начала его проведения, исчисляемых с момента обращения пациента, нуждающегося в медицинской помощи в экстренной или неотложной форме, в медицинскую организацию.

Основными чертами, принципиально отличающими скорую медицинскую помощь от других видов помощи, являются: 1) безотлагательный характер ее предоставления в случаях оказания экстренной медицинской помощи и отсроченный - при неотложных состояниях (неотложная медицинская помощь); 2) безотказный характер ее предоставления; 3) бесплатный порядок оказания СМП; 4) диагностическая неопределенность в условиях дефицита времени (отсутствие верифицированного диагноза позволяет в ряде случаев ограничивающуюся синдромальной диагностикой и терапией).

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь может оказываться в следующих условиях:

1) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);

2) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения). Оказание медицинской помощи в экстренной форме непосредственно в медицинской организации

(далее - МО) СМП осуществляется в соответствии с [Порядком](#) оказания СМП. Оказание медицинской помощи в экстренной форме непосредственно в МО амбулаторного типа осуществляется в соответствии с [Порядком](#) оказания первичной медико-санитарной помощи;

3) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное наблюдение и лечение.) В этом случае оказание медицинской помощи в экстренной форме осуществляется в соответствии с [Порядками](#) оказания специализированных видов помощи.

К квалификации медицинских работников МО СМП предъявляются требования в соответствии с [Приказом](#) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. N 541н г. "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих", [раздел](#) "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения".

Двухэтапная модель организации СМП включает догоспитальный и госпитальный этапы оказания СМП. Скорая медицинская помощь круглосуточно оказывается медицинскими организациями СМП и их подразделениями:

1) На догоспитальном этапе: станциями СМП; отделениями СМП медицинских организаций амбулаторно-поликлинического и стационарного типа.

2) На госпитальном этапе: стационарными отделениями СМП медицинских организаций стационарного типа (в том числе федеральных МО, научно-практических и высших учебных заведений МЗ РФ).

Выделяют формы оказания СМП, критериями которых являются признаки угрозы жизни пациента и связанные с ними требования к срокам ее оказания. Формами оказания СМП являются:

1) экстренная медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, требующих срочного медицинского вмешательства;

2) неотложная медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента, требующих срочного медицинского вмешательства.

Явные признаки угрозы жизни - выраженные проявления заболевания (состояния), которое может привести к смерти пациента.

Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается. Гарантированные объем и качество бесплатной экстренной медицинской помощи, оказываемой выездными бригадами СМП, определяются на основе стандартов оказания скорой медицинской помощи.

В целях оказания пациентам первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, в структуре медицинских организаций создаются подразделения медицинской помощи, оказывающие указанную помощь в неотложной форме.

Оказание СМП осуществляется медицинским персоналом подразделений медицинских организаций СМП в соответствии с [Порядком](#) оказания СМП. Положения об организации деятельности персонала медицинской организации, оказывающей СМП, разрабатываются в соответствии с квалификационными [требованиями](#) к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием, средним медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденными Приказом Минздравсоцразвития России от 7 июля 2009 г. N 415н, [приказом](#) Минздравсоцразвития РФ от 23 июля 2010 г. N 541н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих", [раздел](#) "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения".

Состав медицинской укладки выездной бригады СМП комплектуется лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в соответствии с [приказом](#) Минздравсоцразвития РФ от 11 июня 2010 г. N 445н "Об утверждении требований к комплектации лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения укладки выездной бригады скорой медицинской помощи".

Автомобили скорой медицинской помощи (АСМП) - автотранспортные средства, специально оборудованные и оснащенные медицинскими изделиями, предназначенные для перевозки больных и пострадавших в сопровождении медицинского персонала, оказания СМП на догоспитальном этапе в салоне АСМП и на месте происшествия. По назначению, с учетом конструктивного исполнения салона и его оснащения, автомобили скорой медицинской помощи разделяются по типам: 1) тип А - автомобиль СМП, предназначенный для перевозки больных (пострадавших), не нуждающихся в экстренной медицинской помощи; 2) тип В - автомобиль СМП, предназначенный для перевозки больных и пострадавших, мониторинга и оказания экстренной медицинской помощи; 3) тип С - автомобиль СМП, предназначенный для реанимации, интенсивной терапии, мониторинга и перевозки больных и пострадавших.

Автомобили СМП должны соответствовать отраслевым стандартам и ГОСТам, иметь специальные установленные ГОСТом опознавательные знаки и окраску, обеспечиваться системами позиционирования на местности и картографического сопровождения с отображением информации о местоположении транспорта на

рабочем месте фельдшера (медсестры) по приему вызовов СМП и передачи их выездной бригаде СМП. Срок использования санитарного транспорта выездных бригад СМП не должен превышать 5 лет.

Оснащение автомобилей СМП медицинским оборудованием регламентировано в [приказе](#) Минздравсоцразвития РФ от 01.12.2005 N 752 (ред. от 31.03.2008) "Об оснащении санитарного автотранспорта". Там же указан перечень специализированных бригад СМП, существующих в настоящее время в Российской Федерации: токсикологическая; неврологическая; реанимационная; педиатрическая; кардиологическая; травматологическая; психиатрическая; терапевтическая; специализированная бригада при инфекционных заболеваниях; специализированная акушерско-гинекологическая бригада; нейрохирургическая; реанимационная педиатрическая (с кювезом); специализированная бригада для оказания помощи пострадавшим при дорожно-транспортном происшествии.

С целью совершенствования организационно-методической работы СМП, координации деятельности и обеспечения взаимодействия организаций, оказывающих СМП населению РФ, создаются организационно-методические отделы субъектов РФ.

Организация оказания населению субъекта РФ скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в медицинских организациях субъекта РФ относится к полномочиям органов государственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья, в федеральных медицинских организациях - к полномочиям федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья.

Отдельные полномочия органов государственной власти субъектов РФ в сфере организации скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в медицинских организациях субъекта РФ могут быть переданы ими для осуществления органам местного самоуправления в соответствии с [Федеральным законом](#) от 6 октября 1999 года N 184-ФЗ "Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов РФ". В этом случае оказание скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи гражданам осуществляется медицинскими организациями муниципальной системы здравоохранения.

Особенности организации оказания медицинской помощи населению закрытых административно-территориальных образований, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в соответствующий перечень, работникам организаций, включенных в [перечень](#) организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда, а также особенности финансового обеспечения оказания им медицинской помощи устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Правила и поводы вызова СМП. Скорая медицинская помощь на территории РФ оказывается пациентам, обратившимся за помощью непосредственно в государственные и муниципальные медицинские организации СМП. Вызов бригады СМП осуществляется по телефону путем набора номеров "03" или "112", по телефонам МО СМП или при непосредственном обращении в МО СМП.

Повод к направлению бригады СМП на вызов - это предварительный синдромальный диагноз и краткая характеристика ситуации, формулируемые фельдшером (медсестрой) по приему вызовов СМП и передаче их выездным бригадам СМП на основании данных, полученных от вызывающего, и требующие срочного медицинского вмешательства.

Выездные бригады СМП направляются на вызов фельдшером (медсестрой) по приему вызовов СМП и передаче их выездным бригадам СМП МО СМП с учетом профиля бригады, повода и срочности вызова и форм оказания СМП (экстренной и неотложной). Передача вызова СМП по экстренным показаниям выездным бригадам СМП фельдшером (медицинской сестрой) по приему и передаче их выездной бригаде осуществляется безотлагательно, на вызов направляется ближайшая свободная бригада СМП. Направление бригады СМП по неотложным показаниям осуществляется по мере освобождения бригад СМП при отсутствии вызовов по экстренным показаниям.

Медицинские организации СМП и подразделения СМП создаются для оказания круглосуточной СМП взрослому и детскому населению как на месте вызова, так и непосредственно в самой организации, при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Скорая медицинская помощь больным и пострадавшим оказывается по территориальному принципу. МО и подразделения СМП государственной и муниципальной собственности создаются в населенных пунктах с учетом численности обслуживаемого населения:

1. в муниципальных районах с численностью жителей до 50 тысяч в составе городских, центральных районных больниц организуется станция (отделение) СМП, являющаяся структурным подразделением данных медицинских организаций;
2. в муниципальных районах с численностью жителей свыше 50 тысяч человек организуется станция СМП в качестве самостоятельного юридического лица.
3. в муниципальных районах с численностью жителей более 50 тысяч человек могут организовываться подстанции СМП, как структурные подразделения станции;

4. в городских муниципальных образованиях возможна организация отделения СМП медицинской организации амбулаторного типа, на которое возложены функции оказания СМП в местах проживания населения, в качестве структурного подразделения данной медицинской организации;

5. в целях приближения СМП к жителям удаленных или труднодоступных населенных пунктов могут организовываться филиалы (посты) СМП, входящие в структуру станции (подстанции, отделения) СМП.

6. в муниципальных районах с высокой загруженностью автомагистралей могут организовываться пункты временного пребывания выездных бригад СМП МО СМП (трассовые пункты СМП), максимально приближенные к местам с высокой интенсивностью поступления вызовов.

Место расположения и территория обслуживания МО СМП и ее подразделений устанавливаются органом управления здравоохранения субъекта РФ при согласовании с органами местного самоуправления муниципальных районов и городских округов, с учетом численности и плотности населения, особенностей застройки, насыщенности района промышленными предприятиями, состояния транспортных магистралей, интенсивности автотранспортного движения, протяженности населенного пункта, с учетом 20-минутной транспортной доступности.

Медицинские организации СМП и их подразделения осуществляют свою деятельность в режиме повседневной работы и в режиме чрезвычайных ситуаций.

Выездная бригада СМП (далее - Бригада) является функциональной единицей МО (отделения) СМП. По составу Бригада может быть фельдшерской, врачебной, специализированной, по назначению - общепрофильной, специализированной, транспортной.

Бригады создаются в соответствии со штатными нормативами с учетом необходимости обеспечения круглосуточной посменной работы. Расчет потребности числа бригад осуществляется с учетом прогнозируемой численности населения, средним радиусом обслуживаемой территории, средней нагрузки на одну бригаду в сутки, коэффициентом загрузки бригад СМП, обеспечения круглосуточной посменной работы в соответствии с принятыми нормативами расчетов.

Количество Бригад определяется исходя из расчета:

1. Общепрофильная врачебная (фельдшерская) бригада:

1.1. В местах компактного проживания населения - одна бригада на 10 тысяч обслуживаемого взрослого населения, одна педиатрическая бригада на 10 тысяч обслуживаемого детского населения, при длине радиуса территории обслуживания равной 20 км;

1.2. В местах с низкой плотностью проживающего населения, при длине радиуса территории обслуживания равной 30 км - 1 бригада СМП на 9 тыс. человек, 40 км - 1 бригада СМП на 8 тыс. человек, 50 км - 1 бригада СМП на 7 тыс. человек, свыше 50 км - 1 бригада СМП на 6 тыс. человек;

2. Специализированная Бригада формируется из числа врачебных бригад:

2.1. В муниципальных районах с численностью обслуживаемого населения более 100 тыс. человек из расчета одна бригада на каждые 50-100 тысяч обслуживаемого населения;

2.2. В муниципальных районах с численностью обслуживаемого населения до 100 тыс. человек возможна организация бригад интенсивной терапии из числа врачебных бригад из расчета одна бригада на 30 - 50 тысяч обслуживаемого населения, но не менее одной;

2.3. По решению органа управления здравоохранением административной территории или руководителя МО СМП организуются транспортные бригады, в том числе акушерские, из числа существующих Бригад.

Медицинская эвакуация и санитарная транспортировка являются элементами оказания медицинской помощи.

Медицинская эвакуация - транспортировка пациента 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, послеродовый период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий) с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.

Санитарная транспортировка - транспортировка в медицинские организации стационарного типа по направлениям медицинских работников (в том числе МО СМП) пациентов с внезапными острыми заболеваниями, состояниями, обострениями хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, не способных к самостоятельному передвижению, а также пациентов с острыми инфекционными заболеваниями.

Медицинская эвакуация и санитарная транспортировка могут осуществляться на догоспитальном и госпитальном этапах. Медицинская эвакуация на догоспитальном этапе проводится с места происшествия или нахождения пострадавшего (больного) в медицинское учреждение амбулаторного или стационарного типа, на госпитальном этапе - из одного медицинского учреждения стационарного типа в другое (межбольничная эвакуация).

Медицинская эвакуация включает в себя: 1) санитарно-авиационную эвакуацию, осуществляемую авиационным транспортом; 2) санитарную эвакуацию, осуществляемую наземным, водным и другими видами

транспорта. При проведении медицинской эвакуации используется штатный санитарный автотранспорт СМП, ЦМК, отделений плановой и консультативной помощи областных больниц, а также авиационный транспорт.

Госпитальный этап оказания СМП. Опыт зарубежных стран убеждает, что оптимальным вариантом организации приема экстренных больных является создание на госпитальном этапе отделения экстренной медицинской помощи (emergency department).

Преимущество оказания СМП на догоспитальном и госпитальном этапах, их организационное взаимодействие связано с наличием единой лечебно-диагностической технологии оказания скорой медицинской помощи вне зависимости от вида заболевания, травмы или отравления, возраста и социального статуса пациента.

Отделение организуется как структурное подразделение многопрофильных стационаров с коечной мощностью не менее 400 коек, при условии ежедневного круглосуточного поступления не менее 50 больных (пострадавших) для оказания СМП. Отделение также может быть создано путем преобразования функционирующего приемного отделения в стационаре той же мощности. Отделение оказывает СМП на госпитальном этапе, а также на догоспитальном этапе (при наличии выездных бригад СМП, входящих в структуру Отделения). Организация деятельности выездных бригад СМП Отделения осуществляется в соответствии с [Порядком](#) оказания СМП.

Ключевым понятием, лежащим в основе организации работы Отделения, является медицинская сортировка, представляющая собой распределение больных и пострадавших на группы по принципу нуждаемости в однородных лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятиях в зависимости от критериев медицинской сортировки и условий обеспечения лечебно-диагностической работы. Медицинская сортировка распространяется на все звенья технологии оказания экстренной медицинской помощи и является непрерывным процессом организации всех технологических элементов помощи.

Основными принципами работы стационарного отделения СМП, отличающими его от большинства приемных отделений стационаров, являются:

1. Сортировка поступающих больных по тяжести состояния (а не по нозологии патологического состояния).

2. Наличие современной, компактно расположенной, территориально приближенной к поступающим пациентам диагностической службы, обеспечивающей рациональное движение потоков пациентов и работающей в круглосуточном режиме.

3. Готовность к оказанию СМП на догоспитальном этапе выездными врачебными бригадами СМП отделения, в том числе обеспечение медицинской эвакуации и санитарной транспортировки.

Распределение обследованных пациентов осуществляется с учетом тяжести состояния, обеспечении преемственности и этапности в оказании медицинской помощи. По показаниям пациенты направляются:

- на амбулаторно-поликлиническое лечение (с уточненным диагнозом и рекомендациями),
- в стационарное общепрофильное отделение с койками суточного или кратковременного пребывания (для дополнительного обследования, лечения и динамического наблюдения),
- в специализированные отделения многопрофильного стационара (для обследования, лечения и наблюдения врачами-специалистами согласно профиля патологии).

Разделение пациентов по степени тяжести предполагает выделение трех основных потоков больных, которым соответствуют три зоны в отделении экстренной медицинской помощи: зеленая, желтая и красная. Определены критерии распределения больных (пострадавших) в контингенты оказания экстренной помощи по срочности, с последующим ее распространением на все этапы выполнения лечебно-диагностических алгоритмов. Для каждого из потоков предусмотрен свой маршрут движения, который является неотъемлемым элементом алгоритма оказания скорой медицинской помощи пациентам в условиях отделения экстренной медицинской помощи. Пациенты различных потоков получают медицинскую помощь (ожидают ее получения) в соответствующих обособленных зонах.

Койки скорой медицинской помощи суточные предназначены для диагностики, наблюдения и лечения пациента в течение суток; койки скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания предназначены для диагностики, наблюдения и лечения пациента в течение 2 - 3 суток.

Созданные по такому принципу отделения позволяют более эффективно осуществлять: 1) сортировку по тяжести состояния, что способствует рациональному использованию лечебно-диагностического потенциала, приоритетному оказанию экстренной помощи нуждающимся больным; 2) осуществлять круглосуточную доступность диагностической базы, что позволяет обеспечить срочную диагностику патологических состояний, повысив оперативность оказания медицинской помощи, а также обеспечить диагностику пациентам, требующим амбулаторно-поликлинического лечения; 3) сократить поток непрофильных больных на специализированные отделения многопрофильного стационара, способствуя, таким образом, оптимизации режима функционирования специализированных отделений, повышению эффективности использования их коечного фонда.

II. СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В СИСТЕМЕ ОМС

1. Финансирование СМП

С середины прошлого столетия скорая медицинская помощь представляет собой один из основных и наиболее значимых видов медицинской помощи населению, состоящий из двух этапов - догоспитального и госпитального. Для ее обеспечения активно функционировала хорошо структурированная система, состоящая из службы скорой медицинской помощи (станции, подстанции СМП) и широкой сети соматических стационаров.

С переходом страны к обязательному медицинскому страхованию были реализованы различные подходы к финансированию этих этапов СМП: догоспитальный этап финансировался по системе бюджетного финансирования, госпитальный - за счет средств ОМС. Данная модель функционирования системы СМП была закреплена действующим до настоящего времени [приказом](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.03.1999 N 100 "О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации". Однако, данный [приказ](#) затрагивал исключительно вопросы функционирования догоспитального этапа СМП. В результате организационно, функционально и клинически единый процесс оказания скорой медицинской помощи был разобщен на два самостоятельных, слабо взаимодействующих между собой этапа.

За последние годы законодательство Российской Федерации, регламентирующее оказание СМП, претерпело существенные изменения. Так, в соответствии с решением Коллегии Минздравсоцразвития России "О состоянии и перспективах совершенствования скорой медицинской помощи в Российской Федерации" от 05.03.2010, был разработан и утвержден [приказ](#) Минздравсоцразвития России от 2 августа 2010 г. N 586н "О внесении изменений в порядок оказания скорой медицинской помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 1 ноября 2004 г. N 179" и последующие приказы (от 30 января 2012 г. N 65н), регламентирующие организацию деятельности госпитального этапа оказания скорой помощи в отделениях экстренной медицинской помощи стационаров. На сегодняшний день в соответствии с данным [приказом](#) в регионах Российской Федерации идут работы по формированию отделений экстренной медицинской помощи стационарного звена. Таким образом, двухэтапная модель организации СМП претерпевает свое второе рождение на новом современном уровне.

Предстоит реформирование системы финансирования СМП.

Порядок разработки и финансирования выполнения государственных (муниципальных) заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи за счет средств бюджетов всех уровней (за исключением средств ОМС), а также контроль за их реализацией осуществляются в соответствии с [Постановлением](#) Правительства Российской Федерации от 6 мая 2003 г. N 255 "О разработке и финансировании выполнения заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и контроле за их реализацией".

На сегодняшний день скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь, оказываемая застрахованным лицам медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения, финансируется за счет бюджетных ассигнований субъектов Российской Федерации <1>. Станция СМП - это государственное или муниципальное учреждение здравоохранения, осуществляющее функции некоммерческого характера (бесплатность и общедоступность СМП), является бюджетной организацией.

<1> Информационное [письмо](#) Минздравсоцразвития РФ от 22 декабря 2011 г. N 20-2/10/1-8234 "О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год".

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь, оказываемая в амбулаторных и стационарных условиях медицинскими организациями, работающими в системе ОМС, по заболеваниям и состояниям, входящим в [базовую программу](#) ОМС, оплачивается за счет средств ОМС по тарифам, установленным в субъекте РФ в соответствии с Федеральным [законом](#) "Об обязательном медицинском страховании <1>.

<1> Там же.

Финансирование службы СМП осуществляется в соответствии с ТПГГ. При расчете стоимости Территориальной программы орган управления здравоохранением субъекта РФ проводит расчет территориальных нормативов объемов СМП, откорректированных с учетом демографических особенностей,

уровня и структуры заболеваемости населения субъекта РФ, учитывая приоритетное значение службы СМП как первичного звена оказания медицинской помощи населению.

Нормативы объема медицинской помощи по ее видам в целом по ПГГ рассчитываются в единицах объема на 1 человека в год, по **базовой программе** обязательного медицинского страхования - на 1 застрахованное лицо. Нормативы используются в целях планирования и финансово-экономического обоснования размера подушевых нормативов финансового обеспечения, предусмотренных ПГГ, и в среднем составляют:

для скорой, в том числе специализированной (санитарно-авиационной), медицинской помощи - 0,318 вызова.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с ТПГГ, рассчитаны исходя из расходов на ее оказание и в среднем составляют на 2013 год:

на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств ОМС - 1 435,6 рубля.

Объем медицинской помощи, оказываемой не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию гражданам Российской Федерации при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, входящих в **базовую программу** обязательного медицинского страхования), включается в нормативы объема медицинской помощи и обеспечивается за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации и местных бюджетов (в случае наделения в соответствии с законом субъекта Российской Федерации органов местного самоуправления государственным полномочием субъекта Российской Федерации по решению вопросов организации оказания медицинской помощи).

Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, в котором застрахованным лицам выдан полис обязательного медицинского страхования, включают в себя объемы предоставления им медицинской помощи за пределами территории этого субъекта Российской Федерации.

Предусмотренные Правительством Российской Федерации финансовые нормативы определены без учета районных коэффициентов. Корректировка нормативов объема медицинской помощи осуществляется при условии сбалансированности территориальных объемов медицинской помощи по всем видам, наличия соответствующих ресурсов в регионе, а также отделения неотложной медицинской помощи от скорой. Объемы медицинской помощи корректируются с учетом особенностей половозрастного состава, уровня и структуры заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, климатогеографических условий региона, транспортной доступности медицинских организаций и расселения на территории субъекта Российской Федерации.

При определении территориальных нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи проводится коррекция путем умножения величины соответствующего федерального норматива по условиям медицинской помощи на величину районного коэффициента (рассчитанного с учетом **районного коэффициента** и надбавок к заработной плате за работу в местностях с тяжелыми климатическими условиями - в районах Крайнего севера и приравненных к ним местностях, в южных районах Восточной Сибири, Дальнего Востока и в высокогорных районах, пустынных и безводных местностях).

Рекомендуется использование дифференцированных нормативов объема скорой медицинской помощи, рассчитанных на одного жителя в год, до 0,330 вызова для Пермского края, Республик Карелия, Коми, Бурятия, Саха (Якутия), Еврейской автономной области, Амурской, Томской, Мурманской, Тюменской областей и до 0,360 вызова для Красноярского, Камчатского, Хабаровского, Забайкальского краев, Архангельской, Сахалинской, Иркутской, Магаданской областей, Чукотского автономного округа <1>.

<1> Информационное **письмо** Минздравсоцразвития РФ от 22 декабря 2011 г. N 20-2/10/1-8234 "О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год".

Стоимость ТПГГ формируется за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации и местных бюджетов (в случае наделения в соответствии с законом субъекта Российской Федерации органов местного самоуправления полномочием субъекта Российской Федерации по решению вопросов организации оказания медицинской помощи), а также средств ОМС на финансовое обеспечение территориальной программы ОМС.

Размер бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации и местных бюджетов (в случае наделения в соответствии с законом субъекта Российской Федерации органов местного самоуправления полномочием субъекта Российской Федерации по решению вопросов организации оказания медицинской помощи) на реализацию ТПГГ определяется исходя из величины подушевого норматива финансового обеспечения ПГГ за счет средств соответствующих бюджетов, районного коэффициента и численности населения субъекта Российской Федерации по прогнозу Росстата на начало года.

КонсультантПлюс: примечание.

В официальном тексте документа, видимо, допущена опечатка: указанная норма содержится в [части 5 статьи 51](#), а не в пункте 5 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ.

Предстоящий 2013 год связан с экономической реформой догоспитального этапа СМП: в соответствии с Федеральным [законом](#) от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) осуществляется за счет средств ОМС с 1 января 2013 года (N 326-ФЗ Статья 35, [п. 5](#)).

2. Законодательные основы ОМС

С 1 января 2011 г. вступил в силу Федеральный [закон](#) от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", в котором определены правовое положение субъектов и участников обязательного медицинского страхования, основания возникновения их прав и обязанностей, гарантии их реализации, а также отношения и ответственность, связанные с уплатой страховых взносов на ОМС.

В соответствии со [ст. 6](#) Закона N 326-ФЗ к полномочиям Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, переданным для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации, относится организация обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации в соответствии с требованиями, установленными настоящим Федеральным [законом](#).

Обязательное медицинское страхование - вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных Федеральным [законом](#) N 326-ФЗ случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования.

Право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию реализуется на основании заключенных в его пользу между участниками обязательного медицинского страхования договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Фонды ОМС. Федеральный фонд - некоммерческая организация, созданная Российской Федерацией в соответствии с Федеральным [законом](#) N 326-ФЗ для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования.

Федеральный фонд - является страховщиком по обязательному медицинскому страхованию в рамках реализации [базовой программы](#) обязательного медицинского страхования.

К доходам бюджета Федерального фонда относятся:

- 1) страховые взносы на обязательное медицинское страхование;
- 2) недоимки по взносам, налоговым платежам;
- 3) начисленные пени и штрафы;
- 4) средства федерального бюджета, передаваемые в бюджет Федерального фонда в случаях, установленных федеральными законами;
- 5) доходы от размещения временно свободных средств;
- 6) иные источники, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

Расходы бюджета ФФОМС осуществляются в целях финансового обеспечения:

- 1) предоставления субвенций из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов для финансового обеспечения расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении переданных им полномочий;
- 2) исполнения расходных обязательств Российской Федерации, возникающих в результате принятия федеральных законов и (или) нормативных правовых актов Президента Российской Федерации, и (или) нормативных правовых актов Правительства Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан;
- 3) выполнения функций органа управления Федерального фонда.

В составе бюджета Федерального фонда формируется нормированный страховой запас. Размер и цели использования средств нормированного страхового запаса Федерального фонда устанавливаются федеральным [законом](#) о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период.

Порядок использования средств нормированного страхового запаса Федерального фонда устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Территориальные фонды - некоммерческие организации, созданные субъектами Российской Федерации в соответствии с Федеральным **законом** N 326-ФЗ для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации.

Территориальные фонды осуществляют отдельные полномочия страховщика в части реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования в соответствии с Федеральным **законом** N 326-ФЗ.

Территориальные фонды осуществляют полномочия страховщика в части установленных территориальными программами обязательного медицинского страхования дополнительных объемов страхового обеспечения по страховым случаям, установленным **базовой программой** обязательного медицинского страхования, а также дополнительных оснований, перечней страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования.

Полномочия и функции территориального фонда утверждены **Приказом** Минздравсоцразвития РФ от 21.01.2011 N 15н "Об утверждении Типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования".

Задачами ТФОМС являются:

- обеспечение предусмотренных **законодательством** РФ прав граждан в системе ОМС;
- обеспечение гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках ТП ОМС и базовой программы ОМС;
- создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ ОМС;
- обеспечение государственных гарантий соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по ОМС в рамках **базовой программы** ОМС независимо от финансового положения страховщика.

ТФОМС осуществляет следующие полномочия страховщика:

1. участвует в разработке ТППГ и определении тарифов на оплату медицинской помощи на территории субъекта РФ;
2. аккумулирует средства ОМС и управляет ими, осуществляет финансовое обеспечение реализации ТП ОМС в субъектах РФ, формирует и использует резервы для обеспечения финансовой устойчивости ОМС в порядке, установленном Федеральным фондом;
3. получает от органа, осуществляющего контроль за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты (перечисления) страховых взносов на ОМС, необходимую информацию для осуществления ОМС;
4. осуществляет администрирование доходов бюджета Федерального фонда, поступающих от уплаты страховых взносов на ОМС неработающего населения, регистрирует и снимает с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан;
5. начисляет недоимку по страховым взносам на ОМС неработающего населения, штрафы и пени и взыскивает их со страхователей для неработающих граждан в порядке, установленном **законодательством** РФ;
6. утверждает для страховых медицинских организаций дифференцированные подушевые нормативы в порядке, установленном **правилами** ОМС;
7. предъявляет в интересах застрахованного лица требования к страхователю, СМО и медицинской организации, в том числе в судебном порядке, связанные с защитой его прав и законных интересов в сфере ОМС;
8. обеспечивает права граждан в сфере ОМС, в том числе путем проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, информирование граждан о порядке обеспечения и защиты их прав в соответствии с Федеральным **законом** "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации";
9. ведет территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи в соответствии с **порядком** организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
10. вправе предъявлять претензии и (или) иски к медицинской организации о возмещении имущественного или морального вреда, причиненного застрахованному лицу;
11. вправе предъявлять иски к юридическим и физическим лицам, ответственным за причинение вреда здоровью застрахованного лица, в целях возмещения расходов в пределах суммы, затраченной на оказание медицинской помощи застрахованному лицу;
12. осуществляет контроль за использованием средств ОМС страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, в том числе проводит проверки и ревизии;
13. собирает и обрабатывает данные персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и

персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в соответствии с законодательством РФ;

14. ведет реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории субъекта РФ;

15. ведет реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории субъекта РФ;

16. ведет региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц;

17. обеспечивает в пределах своей компетенции защиту сведений, составляющих информацию ограниченного доступа;

18. осуществляет подготовку и переподготовку кадров для осуществления деятельности в сфере ОМС.

Доходы бюджетов ТФОМС формируются в соответствии с бюджетным **законодательством** Российской Федерации. К доходам бюджета ТФОМС относятся:

- межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета Федерального фонда в соответствии с **законодательством** Российской Федерации;

- платежи субъекта Российской Федерации на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в пределах **базовой программы** обязательного медицинского страхования в соответствии с Федеральным **законом** N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации";

- платежи субъекта Российской Федерации на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, в соответствии с Федеральным **законом** "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации";

- доходы от размещения временно свободных средств;

- межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта Российской Федерации, в случаях, установленных законом субъекта Российской Федерации;

- начисленные пени и штрафы, подлежащие зачислению в бюджет территориального фонда в соответствии с законодательством Российской Федерации;

- иные источники, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

Расходы бюджетов ТФОМС осуществляются в целях финансового обеспечения:

1) выполнения территориальных программ ОМС;

2) исполнения расходных обязательств субъектов РФ, возникающих при осуществлении органами государственной власти субъектов РФ переданных полномочий РФ в результате принятия федеральных законов и (или) нормативных правовых актов Президента Российской Федерации, и (или) нормативных правовых актов Правительства Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан;

3) исполнения расходных обязательств субъектов РФ, возникающих в результате принятия законов и (или) нормативных правовых актов субъектов РФ;

4) ведения дела по ОМС страховыми медицинскими организациями;

5) выполнения функций органа управления территориального фонда.

В составе бюджета ТФОМС согласно **Законоу** N 326-ФЗ и **Приказу** ФФОМС от 1 декабря 2010 г. N 227 "О порядке использования средств нормированного страхового запаса Территориального фонда обязательного медицинского страхования" формируется нормированный страховой запас, размер и цели использования которого устанавливаются законом о бюджете ТФОМС, в соответствии с **порядком** использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда, установленным Федеральным фондом. Его средства используются в том числе на расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС, в части:

а) возмещения другим территориальным фондам затрат по оплате стоимости медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС, в объеме, предусмотренном **базовой программой** ОМС;

б) оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями субъекта Российской Федерации лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, с последующим восстановлением средств нормированного страхового запаса по мере возмещения затрат другими территориальными фондами.

Базовая программа ОМС - составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - ПГГ), определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет средств ОМС на всей территории Российской Федерации медицинской помощи и устанавливающая единые требования к территориальным программам ОМС. **Базовая программа** ОМС определяет виды медицинской помощи, перечень страховых случаев, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в России за счет средств ОМС, а также критерии доступности и

качества медицинской помощи.

Базовая программа обязательного медицинского страхования - составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет средств обязательного медицинского страхования на всей территории Российской Федерации медицинской помощи и устанавливающая единые требования к территориальным программам обязательного медицинского страхования.

В **базовой программе** обязательного медицинского страхования устанавливаются требования к условиям оказания медицинской помощи, нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, нормативы финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо, а также расчет коэффициента удорожания базовой программы обязательного медицинского страхования.

Страховое обеспечение в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования устанавливается исходя из **стандартов** медицинской помощи и **порядков** оказания медицинской помощи, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Права застрахованных лиц на бесплатное оказание медицинской помощи, установленные базовой программой обязательного медицинского страхования, являются едиными на всей территории Российской Федерации.

В рамках **базовой программы** ОМС оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи), а также специализированная медицинская помощь в следующих случаях:

1) инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита, которые по-прежнему получают финансовое обеспечение за счет средств бюджета субъекта Федерации;

2) новообразования;

3) болезни эндокринной системы;

4) расстройства питания и нарушения обмена веществ;

5) болезни нервной системы;

6) болезни крови, кроветворных органов;

7) отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;

8) болезни глаза и его придаточного аппарата;

9) болезни уха и сосцевидного отростка;

10) болезни системы кровообращения;

11) болезни органов дыхания;

12) болезни органов пищеварения;

13) болезни мочеполовой системы;

14) болезни кожи и подкожной клетчатки;

15) болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;

16) травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;

17) врожденные аномалии (пороки развития);

18) деформации и хромосомные нарушения;

19) беременность, роды, послеродовой период и аборт;

20) отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

Правительство Российской Федерации вправе при утверждении базовой программы обязательного медицинского страхования устанавливать дополнительный перечень заболеваний и состояний, включаемых в базовую программу обязательного медицинского страхования в качестве случаев оказания медицинской помощи, и дополнительные элементы структуры тарифа на оплату медицинской помощи к установленным Федеральным **законом** N 326-ФЗ.

Базовая программа обязательного медицинского страхования устанавливает требования к территориальным программам обязательного медицинского страхования.

Территориальная программа обязательного медицинского страхования (далее - ТП ОМС) - составная часть ТПГГ, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации и соответствующая единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования.

ТП ОМС включает в себя виды и условия оказания медицинской помощи, перечень страховых случаев, установленных базовой программой ОМС, и определяет (с учетом структуры заболеваемости в субъекте Федерации) значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской

помощи в расчете на одно застрахованное лицо и норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо.

Разрабатывает проект ТП ОМС Комиссия по разработке ТП ОМС, создаваемая в соответствии с законодательством Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования ([Приложение N 1](#), Приказа Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 N 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования").

Кроме того, Комиссия распределяет объемы предоставления медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями, осуществляет рассмотрение тарифов, устанавливает иные сроки подачи медицинскими организациями уведомления об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования для вновь создаваемых медицинских организаций и определяет порядок представления информации членами Комиссии.

Норматив финансового обеспечения ТП ОМС может превышать установленный [базовой программой](#) ОМС норматив финансового обеспечения базовой программы в случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой ОМС, а также в случае установления перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой. Денежные средства на превышение норматива финансового обеспечения территориальной программы бюджет территориального фонда ОМС получает за счет платежей субъектов РФ в размере разницы между нормативами финансового обеспечения территориальной и базовой программ ОМС с учетом численности застрахованных лиц на территории субъекта <1>.

<1> Информационное [письмо](#) Минздравсоцразвития РФ от 22 декабря 2011 г. N 20-2/10/1-8234 "О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год".

В случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным [базовой программой](#), ТП ОМС должна предусматривать перечень направлений использования средств <1>.

<1> Там же.

ТП ОМС в рамках реализации базовой программы ОМС определяет на территории субъекта РФ способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, содержит реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы, определяет условия оказания медицинской помощи в них, а также целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи.

Правила ОМС. Согласно [Приказа](#) Минздравсоцразвития РФ от 28 февраля 2011 г. N 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" (в ред. Приказов Минздравсоцразвития РФ от 10.08.2011 N 897н, от 09.09.2011 N 1036н) Правила ОМС регулируют правоотношения субъектов и участников ОМС при реализации Федерального [закона](#) от 29 ноября 2010 г. N 326 "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и устанавливают:

- [порядок](#) подачи заявления о выборе (замене) СМО застрахованным лицом;
- [единые требования](#) к полису ОМС; порядок выдачи полиса ОМС либо временного свидетельства застрахованному лицу;
- [порядок](#) ведения реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС;
- [порядок](#) ведения реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС;
- [порядок](#) направления территориальным фондом ОМС сведений о принятом решении об оплате расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве;
- [порядок](#) оплаты медицинской помощи по ОМС;
- [порядок](#) осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС;
- [порядок](#) утверждения для СМО дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения ОМС;
- [методику](#) расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС;
- [порядок](#) оказания видов медицинской помощи, установленных базовой программой ОМС, застрахованным лицам за счет средств ОМС в медицинских организациях, созданных в соответствии с законодательством Российской Федерации и находящихся за пределами территории Российской Федерации;
- [требования](#) к размещению страховыми медицинскими организациями информации;

- порядок заключения и исполнения договоров территориальных фондов ОМС с СМР;
- [положение](#) о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

Средства для оплаты медицинской помощи застрахованным по ОМС лицам формируются за счет:

- 1) доходов от уплаты: страховых взносов на обязательное медицинское страхование; недоимок по взносам, налоговым платежам; начисленных пеней и штрафов;
- 2) средств федерального бюджета, передаваемых в бюджет Федерального фонда в случаях, установленных федеральными законами, в части компенсации выпадающих доходов в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование;
- 3) средств бюджетов субъектов Федерации, передаваемых в бюджеты территориальных фондов в соответствии с законодательством России и законодательством субъектов Федерации;
- 4) доходов от размещения временно свободных средств;
- 5) иных источников в соответствии с действующим законодательством.

Обязанность по уплате страховых взносов на ОМС работающего населения, размер страхового взноса на ОМС работающего населения и отношения, возникающие в процессе осуществления контроля за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты (перечисления) вышеуказанных страховых взносов и привлечения к ответственности за нарушение порядка их уплаты, устанавливаются Федеральным [законом](#) от 24.07.2009 N 212-ФЗ "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования".

Страховые взносы на ОМС неработающего населения уплачиваются субъектами РФ. Годовой объем бюджетных ассигнований на ОМС утверждается законом о бюджете субъекта РФ. Взнос субъекта РФ на ОМС неработающего населения не может быть меньше произведения численности неработающих застрахованных лиц на 1 апреля года, предшествующего очередному, в субъекте Федерации и тарифа страхового взноса на ОМС неработающего населения, установленного федеральным [законом](#).

Право работать в ОМС. К медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования относятся имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования:

- 1) организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы;
- 2) индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой.

Медицинские организации ведут отдельный учет по операциям со средствами обязательного медицинского страхования.

Медицинская организация включается в реестр медицинских организаций на основании уведомления, направляемого ею в территориальный фонд до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере ОМС. Территориальный фонд не вправе отказать медицинской организации во включении в реестр медицинских организаций. Комиссией по разработке территориальной программы ОМС в субъекте РФ могут быть установлены иные сроки подачи уведомления вновь создаваемыми медицинскими организациями.

Медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций, не имеют права в течение года, в котором они осуществляют деятельность в сфере ОМС, выйти из числа медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, за исключением случаев ликвидации медицинской организации, утраты права на осуществление медицинской деятельности, банкротства или иных предусмотренных законодательством Российской Федерации случаев.

Договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС. С медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации ТП ОМС и которым установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств ОМС, страховая медицинская организация (далее - СМО), участвующая в реализации территориальной программы, заключает договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС. Содержание такого договора определяется [ст. 39 Закона N 326-ФЗ](#).

К страховым медицинским организациям, осуществляющим деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, относятся страховые организации, имеющие лицензию, выданную федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности.

Страховые медицинские организации не вправе осуществлять иную, за исключением деятельности по обязательному и добровольному медицинскому страхованию, деятельность.

Страховые медицинские организации ведут отдельный учет по операциям со средствами обязательного медицинского страхования и средствами добровольного медицинского страхования с учетом особенностей, установленных нормативными правовыми актами федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по нормативно-правовому регулированию в сфере страховой деятельности, и

Федерального фонда.

Средства, предназначенные для оплаты медицинской помощи и поступающие в страховую медицинскую организацию, являются средствами целевого финансирования (далее - целевые средства).

Страховая медицинская организация осуществляет отдельные полномочия страховщика в соответствии с Федеральным [законом](#) N 326-ФЗ и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключенным между территориальным фондом и страховой медицинской организацией (далее - договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования).

Страховые медицинские организации ведут раздельный учет собственных средств и средств обязательного медицинского страхования, предназначенных для оплаты медицинской помощи.

Участники обязательного медицинского страхования страховые медицинские организации и медицинские организации осуществляют свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию медицинская организация и страховая медицинская организация заключают при условии их включения в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, и реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

В реестры медицинская организация и страховая медицинская организация включаются на основании уведомлений, направляемых ими в территориальный фонд до 1 сентября года, предшествующего году, в котором страховая медицинская организация и медицинская организация намерены осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Порядки ведения, формы и перечни сведений реестра страховых медицинских организаций и сведений реестра медицинских организаций устанавливаются [правилами](#) обязательного медицинского страхования.

Взаимоотношения сторон определяются условиями договора, в котором в обязательном порядке указываются наименования сторон, численность застрахованных лиц, виды медицинских услуг, стоимость работ и система расчетов, а также порядок контроля качества медицинской помощи и использования страховых средств. В договоре предусматривается ответственность сторон за нарушение договорных обязательств. По условиям договора медицинская организация не вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи.

Типовая [форма](#) договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС утверждена Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 декабря 2010 года N 1184н (зарегистрирован Минюстом России 4 февраля 2011 года, регистрационный N 19714).

Порядок оплаты медицинской помощи по ОМС. В соответствии с [частью 6 статьи 39](#) ФЗ оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных медицинской организацией [реестров](#) счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке ТП ОМС, по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с [порядком](#), установленным Правилами ОМС.

Договор о финансовом обеспечении ОМС заключается между ТФОМС и страховыми медицинскими организациями, включенными в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС в субъекте Российской Федерации. ТФОМС принимает на себя обязательства по финансовому обеспечению деятельности СМО в сфере ОМС, а СМО обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с условиями, установленными в территориальной программе ОМС, за счет целевых средств. ТФОМС утверждает для СМО дифференцированные подушевые нормативы финансового обеспечения ОМС, зависящие от численности застрахованных лиц в данной СМО, в соответствии с [Правилами](#) ОМС. СМО в соответствии с договором о финансовом обеспечении представляет в ТФОМС заявку на получение целевых средств на авансирование и оплату счетов за оказанную медицинскую помощь ([Приказ](#) Минздравсоцразвития РФ от 9 сентября 2011 г. N 1030н "Об утверждении формы Типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования").

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке ТП ОМС, осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по ОМС, установленным [правилами](#) ОМС.

Объемы медицинской помощи устанавливаются для СМО на год с поквартальной разбивкой, с последующей корректировкой при необходимости и обоснованности.

ТФОМС по месту оказания медицинской помощи осуществляет расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис, в объеме, установленном [базовой программой](#) за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда (межтерриториальные расчеты).

За неоплату или несвоевременную оплату медицинской помощи, оказанной по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, СМО за счет собственных средств уплачивает медицинской организации пени в размере одной трехсотой **ставки** рефинансирования Центробанка России, действующей на день возникновения просрочки, от неперечисленных сумм за каждый день просрочки.

За неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества медицинская организация уплачивает штраф в порядке и размере, которые установлены договором. **Перечень** оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) утвержден приказом ФФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Неоплата или неполная оплата медицинской помощи, а также уплата медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества не освобождает медицинскую организацию от возмещения застрахованному лицу вреда, причиненного по вине медицинской организации, в порядке, установленном законодательством России.

3. Тарифная политика ОМС

Тарифы являются денежными суммами, определяющими уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинского учреждения по выполнению ТП ОМС граждан. При этом под объектом установления тарифа понимается медицинская помощь, выраженная в объемных показателях деятельности медицинских учреждений по ОМС. Тарифы на оплату медицинской помощи:

- рассчитываются в соответствии с **методикой** расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в составе **правил** ОМС;
- формируются на основе требований **стандартов** и **порядков** оказания медицинской помощи;
- включают в себя статьи затрат, установленные ТП ОМС;
- устанавливаются соглашением между уполномоченным государственным органом субъекта РФ, территориальным фондом, представителями страховых медицинских организаций, профессиональных медицинских ассоциаций и профессиональных союзов медицинских работников - генеральным тарифным соглашением.

Тарифы на оплату медицинской помощи рассчитываются в соответствии с **методикой** расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в составе **правил** обязательного медицинского страхования, и включают в себя статьи затрат, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Тарифы на оплату медицинской помощи в одной медицинской организации являются едиными для всех страховых медицинских организаций, находящихся на территории субъекта Российской Федерации, оплачивающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также в случаях, установленных Федеральным **законом** N 326-ФЗ, - в рамках **базовой программы** обязательного медицинского страхования.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи в рамках Федерального **закона** N 326-ФЗ включает в себя: расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, 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 Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

Закон об ОМС обязывает медицинские организации использовать средства обязательного медицинского страхования, полученные за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с программами ОМС. За использование не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, медицинская организация уплачивает штраф в размере суммы нецелевого использования средств и пени в размере одной трехсотой **ставки** рефинансирования Центробанка России, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого использования указанных средств. Средства, использованные не по целевому назначению, медицинская организация возвращает в бюджет территориального фонда в течение 10 рабочих дней со дня предъявления территориальным фондом соответствующего требования.

В сфере обязательного медицинского страхования медицинские организации используют полученные

финансовые средства за оказанную медицинскую помощь на статьи затрат, включенные в структуру тарифа и установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Правилами ОМС предусмотрено, что расчет тарифов на медицинские услуги в системе ОМС может осуществляться по нескольким показателям:

- на единицу объема медицинской помощи (один койко-день в больничных учреждениях, одно посещение амбулаторно-поликлинического учреждения, один пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров, один вызов скорой медицинской помощи);

- на конкретную медицинскую услугу;

- за пролеченного больного;

- на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц.

Для каждого из приведенных показателей установлена своя методика расчета.

Тариф на единицу объема медицинской помощи складывается:

- Составляющая тарифа по базовой программе ОМС;

- Составляющая тарифа по территориальной программе ОМС.

Базовая составляющая установлена **Программой** государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2013 год. Согласно **Программе** нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи рассчитаны исходя из расходов на ее оказание и в среднем составляют:

на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств ОМС - 1 435,6 рубля.

Тариф на конкретную медицинскую услугу включает затраты медицинской организации, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) и потребляемые в процессе ее предоставления, и затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги):

Затраты, непосредственно связанные с оказанием медпомощи:

- затраты на оплату труда персонала, непосредственно участвующего в оказании медицинской помощи;

- материальные запасы, потребляемые в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), по табелю оснащения МО инструментами, мягким инвентарем, изделиями мед. назначения для оказания медицинской помощи (по профилю), нормами лечебного и профилактического питания (затраты на приобретение материальных запасов рассчитываются как произведение средней стоимости материальных запасов и их объема потребления в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги));

- затраты (амортизация) оборудования, используемого в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), согласно табелю оснащения оборудованием.

Затраты на обеспечение деятельности медучреждения в целом:

- затраты на оплату труда персонала учреждения, не участвующего непосредственно в процессе оказания медицинской услуги (медицинской помощи);

- хозяйственные расходы;

- затраты на уплату налогов (кроме начислений на выплаты по оплате труда), пошлины и иные обязательные платежи;

- затраты (амортизация) зданий, сооружений и других основных фондов, не связанных непосредственно с оказанием медицинской услуги.

Все перечисленные затраты (как связанные, так и непосредственно не связанные с оказанием медицинской услуги) относятся на себестоимость медпомощи (медицинской услуги).

Расчет затрат на оплату труда персонала, непосредственно участвующего в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), осуществляется исходя из суммы расходов на оплату труда указанного персонала, фонда рабочего времени, расчетных показателей объемов медицинской помощи, нормы времени на оказание медицинской услуги.

Затраты на приобретение материальных запасов и услуг, полностью потребляемых в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), включают (в зависимости от вида оказываемой медицинской помощи) затраты на медикаменты и перевязочные средства, продукты питания, мягкий инвентарь, приобретение расходных материалов для оргтехники, другие материальные запасы. Затраты на приобретение материальных запасов рассчитываются как произведение средней стоимости материальных запасов на их объем потребления в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

Сумма начисленной амортизации оборудования, используемого при оказании медицинской услуги, определяется исходя из балансовой стоимости оборудования, годовой нормы его износа и времени работы оборудования в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

Тариф за пролеченных учреждением больных по клинико-затратным группам заболеваний (КЗГ) рассчитывается исходя из затрат на оказание медицинских услуг с учетом их перечня, среднего количества, частоты применения на основании стандарта медицинской помощи и стоимости; затрат на лекарственные

препараты с учетом их перечня, разовых и курсовых доз и стоимости; стоимости применяемых в процессе лечения изделий медицинского назначения; перечня препаратов крови с указанием количества, частоты предоставления и стоимости; перечня диетического (лечебного и профилактического) питания с указанием количества, частоты его предоставления и стоимости.

Клинико-затратные группы формируются по совокупности параметров, определяющих среднюю затратоемкость лечения пациентов: наличие или отсутствие хирургических операций, диагнозы, половозрастную категорию пациентов.

Объем финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей стационарную медицинскую помощь, осуществляется по системе клинико-затратных групп на основе следующих экономических параметров:

- 1) базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи;
- 2) коэффициенты оплаты:
 - а) коэффициент относительной затратоемкости по клинико-затратным группам;
 - б) управленческий коэффициент;
 - в) коэффициент уровня стационара;
 - г) коэффициент сложности курации пациента.

Федеральным фондом ОМС устанавливается методика расчета тарифа на основе клинико-затратных групп.

Подушевыми нормативами финансирования являются показатели, отражающие размер средств на компенсацию затрат по предоставлению медицинской помощи за счет средств ОМС и бюджетов всех уровней в расчете на 1 застрахованного в год. Расчет тарифа на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации осуществляется исходя из данных об объеме средств для подушевого финансирования медицинской помощи и численности прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц. При определении доли средств подушевого финансирования учитывается соотношение объема медицинской помощи, включенного в подушевой норматив, и общего объема оказанной медицинской помощи. В подушевой норматив финансирования медицинской организации могут включаться виды и объемы медицинской помощи, определенные территориальной программой. При этом расчет тарифа на основе подушевого норматива финансирования медицинского учреждения осуществляется с учетом коэффициентов половозрастных затрат на оказание медицинской помощи конкретным учреждением здравоохранения и иных коэффициентов, разработанных в регионе на основе показателей здоровья населения.

Коэффициент половозрастных затрат для конкретной медицинской организации рассчитывается с использованием относительных коэффициентов половозрастных затрат для каждой половозрастной группы прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц и их численности в этой группе. Относительные коэффициенты половозрастных затрат учитывают различия в уровне затрат на оказание медицинской помощи в зависимости от половозрастной структуры населения. Величина относительных коэффициентов рассчитывается территориальным фондом на основании фактических данных об объемах и стоимости амбулаторно-поликлинической помощи для каждой половозрастной группы за определенный период, предшествующий расчетному.

При оплате амбулаторной медпомощи по тарифам на основе подушевого норматива финансирования медицинского учреждения учитываются численность застрахованных лиц, прикрепленных к конкретной медицинской организации (врачу), и объем средств на виды медпомощи по статьям затрат, включенных в территориальную программу ОМС.

Подушевые нормативы финансового обеспечения территориальной программы устанавливаются органом государственной власти субъекта Российской Федерации исходя из предусмотренных ПГГ нормативов, с учетом соответствующих районных коэффициентов.

Размер страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения устанавливается законом субъекта Российской Федерации в соответствии с **законодательством** Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.

Подушевые нормативы финансового обеспечения, предусмотренные Программой (без учета расходов федерального бюджета), установлены в расчете на 1 человека в год, за счет средств обязательного медицинского страхования - на 1 застрахованное лицо.

За счет средств соответствующих бюджетов предусматривается финансирование оказания скорой медицинской помощи незастрахованным лицам, специализированной (санитарно-авиационной), медицинской помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, медицинской помощи при заболеваниях, передающихся половым путем, туберкулезе, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ, а также на содержание медицинских организаций, участвующих в обязательном медицинском страховании, и финансовое обеспечение деятельности медицинских организаций, не участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Распределение утвержденных территориальной программой ОМС объемов медицинской помощи медицинским организациям, оказывающих медицинскую помощь и имеющих прикрепленных лиц, получивших полис ОМС в конкретном субъекте Российской Федерации, осуществляется исходя из их численности и половозрастной структуры, нормативов объема медицинской помощи на 1 застрахованное лицо в год, установленных территориальной программой государственных гарантий, с учетом климатогеографических условий региона, транспортной доступности медицинских организаций и расселения прикрепленного населения.

Медицинским организациям, не имеющим прикрепленных застрахованных лиц, объемы медицинской помощи распределяются исходя из показателей объемов медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденных территориальной программой ОМС, с учетом мощности медицинской организации, профилей медицинской помощи, врачебных специальностей, видов медицинской помощи, условий ее оказания, показателей нагрузки медицинских работников, а также с учетом права выбора застрахованным лицом медицинской организации.

Объемы медицинской помощи устанавливаются медицинским организациям на год с поквартальной разбивкой, с последующей корректировкой при необходимости и обоснованности.

Предусмотрены финансовые средства для обеспечения объемов медицинской помощи гражданам, не идентифицированным в системе ОМС, а также не застрахованным в системе ОМС при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, входящих в базовую программу).

Медицинская помощь по видам, включенным в **базовую программу**, оказывается застрахованным лицам на территории Российской Федерации, в том числе за пределами субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам медицинскими организациями, находящимися вне территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС, осуществляется по видам, включенным в базовую программу, по способам оплаты и тарифам, действующим на территории оказания медицинской помощи.

При реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

1) при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

по тарифам на основе подушевого норматива финансирования на прикрепленное население с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с использованием метода включения расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных условиях;

по тарифам на единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

по тарифам на основе подушевого норматива финансирования на прикрепленное население в сочетании с оплатой по тарифам за единицу на единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

2) при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

по тарифам за законченный случай лечения заболевания;

за законченный случай лечения заболевания в соответствии с тарифами, определенными по группам, объединяющим заболевания (клинико-статистические группы заболеваний);

3) при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

по тарифам за законченный случай лечения заболевания;

за законченный случай лечения заболевания в соответствии с тарифами, определенными по группам, объединяющим заболевания (клинико-статистические группы заболеваний) с учетом условий оказания (в амбулаторных условиях, в том числе на дому, в стационарных условиях);

4) 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 тарифам, установленным на основе подушевого финансирования, за вызов скорой медицинской помощи.

4. Контроль деятельности медицинской организации в системе ОМС

Территориальными фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями (СМО), в соответствии с **пунктом 8 части 7 статьи 34** и **пунктом 2 части 3 статьи 39** Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", осуществляется контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в рамках программ ОМС. **Порядок** контроля установлен Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 года N 230 "Об утверждении Порядка организации

и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 января 2011 года, регистрационный N 19614).

Цель настоящего **Порядка** - регулирование мероприятий, направленных на реализацию прав застрахованных лиц на получение бесплатной медицинской помощи в установленных территориальной программой ОМС и договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС объемах, сроках и условиях, надлежащего качества в медицинских организациях, участвующих в реализации программ ОМС.

Услуги, оказанные застрахованным по ОМС лицам, подлежат медико-экономическому контролю, медико-экономической экспертизе, а также экспертизе качества медицинской помощи (далее - КМП).

Медико-экономический контроль - установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию территориальной программе обязательного медицинского страхования, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.

Медико-экономический контроль осуществляется специалистами страховых медицинских организаций и территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

При медико-экономическом контроле проводится контроль всех случаев оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в целях:

- 1) проверки реестров счетов на соответствие установленному порядку информационного обмена в сфере обязательного медицинского страхования;
- 2) идентификации лица, застрахованного конкретной страховой медицинской организацией (плательщика);
- 3) проверки соответствия оказанной медицинской помощи:
 - территориальной программе обязательного медицинского страхования;
 - условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;
 - действующей лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;
- 4) проверки обоснованности применения тарифов на медицинские услуги, расчета их стоимости в соответствии с **методикой** расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, способом оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

5) установления отсутствия превышения медицинской организацией объемов медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, подлежащих оплате за счет средств обязательного медицинского страхования.

Выявленные в реестрах счетов нарушения отражаются в акте медико-экономического контроля.

Результаты медико-экономического контроля, оформленные актом, являются основанием для применения мер, предусмотренных **статьей 41** Федерального закона N 326-ФЗ, условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и **перечнем** оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также могут являться основанием для проведения медико-экономической экспертизы; организации и проведения экспертизы качества медицинской помощи; проведения повторного медико-экономического контроля, повторных медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи территориальным фондом обязательного медицинского страхования или страховой медицинской организацией по заданию территориального фонда (кроме контроля при осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования).

Медико-экономическая экспертиза в соответствии с **частью 4 статьи 40** Федерального закона N 326-ФЗ - установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.

Медико-экономическая экспертиза проводится специалистом-экспертом и может иметь целевой или плановый характер, при этом оцениваются: а) характер, частота и причины нарушений прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи по ОМС в установленных договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС объеме, сроках, качестве и условиях; б) объем оказанной медицинской помощи организацией медицинской помощи и его соответствие установленному решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС объему, подлежащему оплате за счет средств ОМС; в) частота и характер нарушений медицинской организацией порядка формирования реестров счетов.

В соответствии с **частью 6 статьи 40** Федерального закона N 326-ФЗ экспертиза качества медицинской

помощи - выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи.

Экспертиза КМП проводится экспертом КМП, включенным в территориальный реестр экспертов КМП, по поручению территориального фонда ОМС или СМО, имеет целевой или плановый характер и осуществляется путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, **порядкам** оказания медицинской помощи и **стандартам** медицинской помощи, сложившейся клинической практике.

Целевая экспертиза КМП проводится в случаях: а) получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность и качество медицинской помощи в медицинской организации; в) летальных исходов при оказании медицинской помощи; е) повторного обоснованного обращения по поводу одного и того же заболевания и др. Количество целевых экспертиз КМП определяется количеством случаев, требующих ее проведения.

Плановая экспертиза КМП проводится с целью оценки соответствия объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи группам застрахованных лиц, разделенным по возрасту, заболеванию или группе заболеваний, этапу медицинской помощи и другим признакам, условиям, предусмотренным договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, по случаям, отобранным методом случайной выборки или по тематически однородной совокупности случаев. Она направлена на решение следующих задач: а) выявление, установление характера и причин типичных (повторяющихся, систематических) ошибок в лечебно-диагностическом процессе; б) сравнение КМП, предоставленной группам застрахованных лиц, разделенным по возрасту, полу и другим признакам.

Результаты проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи оформляются актами, включающими информацию о выявленных нарушениях и соответствующих санкциях. Формы актов медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, а также **Перечень** оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) утверждены Приказом ФФОМС от 1 декабря 2010 года N 230.

Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) установлен Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" (зарег. Министерством юстиции Российской Федерации 28.01.2011).

Возможный **перечень** обязательств медицинской организации и последствия их неисполнения, влекущие возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, рекомендован **письмом** ФФОМС от 15.03.2011 N 1257/30-4/и "О реализации приказа ФФОМС от 01.12.2010 N 230".

В соответствии со **статьей 41** Федерального закона N 326-ФЗ сумма, не подлежащая оплате по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты оказанной медицинской организацией медицинской помощи, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и **перечнем** оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи. Взаимные обязательства медицинских организаций и страховых медицинских организаций, следствием неисполнения которых является применение к сторонам соответствующих мер, предусматриваются заключенным между ними договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

III. НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ СМП В СИСТЕМЕ ОМС

История страховой медицины в России насчитывает свыше 100 лет. Однако, второе "рождение" ОМС на современном этапе было связано с **законом** N 1499-1 от 28.06.91 "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации". За короткий промежуток времени была проведена большая работа по организации структуры ОМС и введен в действие ряд законодательных актов, направленных на ее совершенствование.

Очередной значимый период развития страховой медицины связан с принятием Федерального **закона** от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации". Он знаменателен передачей полномочий Российской Федерации в сфере ОМС органам государственной власти субъектов Российской Федерации, а также включением скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) СМП) в систему ОМС на всей территории Российской Федерации с 1 января 2013 года.

Период становления неизбежно связан с решением важных организационных и

финансово-экономических вопросов функционирования СМП в ОМС, причем ряд из них еще не имеет однозначных ответов в масштабе Российской Федерации.

Вопросы, требующие решения, в связи с переводом СМП в ОМС:

1. Финансирование оказания скорой медицинской помощи в системе ОМС:

а. определение способа оплаты скорой медицинской помощи (за единицу объема медицинской помощи - 1 выезд СМП, на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации, за пролеченного больного в соответствии со стандартами);

б. определение плановых заданий и оплата сверхнормативного объема оказания СМП;

с. оплата медицинской помощи, оказанной больным (пострадавшим), не идентифицированным на этапе скорой медицинской помощи, а также имеющим проблемы с определением страховой принадлежности; оплата СМП иностранным гражданам;

д. оплата услуг СМП, не связанных непосредственно с оказанием медицинской помощи: ложные вызовы, безрезультатные выезды, участие СМП в обеспечении культурно-массовых и спортивных мероприятий; транспортировка консультантов, доставка крови и ее компонентов и т.д.;

е. обеспечение СМП современными финансово-статистическими информационными системами, обеспечивающими внутриучрежденческий учет и взаимодействие с участниками ОМС (ТФОМС, СМО) и др.

2. Обеспечение качества оказания скорой медицинской помощи в системе ОМС.

3. Юридические аспекты переходного периода.

Различные способы оплаты имеют свои недостатки и преимущества:

1. Оплата за 1 выезд СМП: учитывает объем и интенсивность труда персонала, допускает возможность искусственного увеличения объемов СМП (обслуживание необоснованных вызовов СМП, чрезмерное активное наблюдение пациентов, оставленных дома). Этот способ оплаты в условиях интенсивного труда при высокой потребности в услугах СМП в регионе позволяет наиболее полно компенсировать затраты медицинской организации на оказание скорой медицинской помощи и способствовать ее дальнейшему развитию.

2. Оплата на основе подушевого норматива финансирования с оценкой результатов деятельности МО: тариф практически не учитывает реальные затраты на оказание медицинской помощи, стимулирует персонал к искусственному снижению частоты выездов (отказы в приеме, снижение частоты активного наблюдения), финансовые риски в случае отклонений фактических объемов оказания медицинской помощи от запланированных либо роста цен ложатся на медицинскую организацию, его положительные стороны - предварительное планирование объемов медицинской помощи и финансирования, гарантированная оплата в рамках планового задания. Иными словами, подушевое финансирование обеспечивает гарантированные плановые потоки денежных средств, его целесообразно использовать при низких и средних показателях интенсивности труда, поддающихся планированию, что достаточно трудно в условиях работы оперативной службы.

3. Оплата за пролеченного больного в соответствии со стандартами медицинской помощи: наиболее прогрессивный и перспективный способ оплаты, т.к. соответствует нормам законодательства, наиболее полно отвечает требованиям качества оказания медицинской помощи и затратам, заложенным в стандартах СМП. Отрицательным моментом является неготовность нормативной базы (в полном объеме разработанных и утвержденных стандартов) для работы в данных условиях.

ч. 1 ст. 37. Федеральный закон N 323-ФЗ - Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с **порядками** оказания медицинской помощи, а также на основе **стандартов** медицинской помощи.

Принципы выбора способов оплаты СМП должны быть следующие:

1) тарифы СМП должны соответствовать текущим и перспективным расходам на оказание медицинской помощи, то есть включать не только возмещение текущих затрат, но и обеспечивать развитие деятельности;

2) дифференцированный подход к оплате вызовов СМП в соответствии с профилем бригады и объемом оказанной помощи;

3) тарифы должны стимулировать персонал СМП к качественному оказанию медицинских услуг на высоком профессиональном уровне, в соответствии со стандартами и **Порядком** оказания СМП, к рациональному использованию имеющихся сил и средств;

4) способ не должен мотивировать персонал к оказанию излишней (недостаточной) по объему медицинской помощи.

Дифференцированный подход к установлению тарифов СМП должен обеспечивать рациональную оплату за оказанную медицинскую помощь, пропорциональную затратам кадровых и материально-технических ресурсов организации. Критериями здесь могут быть состав бригады, квалификационная подготовка персонала, тип автомобиля СМП, материально-техническое оснащение бригады, объем и сложность оказанной помощи. В связи с этим целесообразным является:

- установление отдельных тарифов на оказание экстренной и неотложной СМП;

- дифференцированные тарифы на оказание СМП специализированными, общепрофильными (врачебными и фельдшерскими), педиатрическими, транспортными бригадами (при условии соблюдения

профильности использования бригад);

- дополнительные тарифы (к основному) на выполнение мероприятий особой сложности - реанимационного пособия, анестезиологического пособия, тромболитической терапии и др.;

- перспективным является оплата медицинской помощи по медико-экономическим стандартам (МЭС).

Установление плановых заданий для медицинских организаций, работающих в оперативном режиме и в условиях ЧС в соответствии с принципом безотказности оказания экстренной медицинской помощи (СМП), является вопросом неоднозначным. Их регламентирует Федеральный **закон** N 326-ФЗ:

- **ч. 10 ст. 36** N 326-ФЗ - Объемы предоставления медицинской помощи, установленные ТП ОМС, распределяются решением комиссии по разработке ТП ОМС;

- **ч. 1 ст. 39** - Договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС заключается между медицинской организацией, включенной в реестр МО, которые участвуют в реализации ТП ОМС и которым решением комиссии установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств ОМС;

- **ч. 6 ст. 39** - Оплата медицинской помощи, оказанной в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке ТП ОМС.

Цель установления плановых заданий - обеспечение гарантированных государством объемов медицинской помощи в Российской Федерации в рамках имеющихся (запланированных) финансовых ресурсов. Тем не менее, вопрос о гарантированной оплате сверхнормативных объемов оказания СМП остается актуальным.

Ряд регионов РФ уже перешли на новую систему финансирования СМП. Их положительный опыт может быть использован на всей территории Российской Федерации.

IV. ПЕРВЫЕ ШАГИ В ОМС: ОПЫТ РЕГИОНОВ

1. Особенности работы в ОМС скорой медицинской помощи Тюменской области

Согласно Тарифному соглашению на оплату медицинских услуг и реализацию мероприятий по программе ОМС Тюменской области с 01.01.2012 Тарифы на медицинские услуги, оказываемые медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере ОМС и имеющими соответствующую лицензию на осуществление медицинской деятельности, возмещают их расходы за медицинские услуги по всем затратам медицинских организаций, за исключением оплаты капитального ремонта, коммунальных услуг и приобретения оборудования стоимостью более 5 000 000 рублей за единицу.

Оплата медицинской помощи производится по тарифам, действующим в системе ОМС Тюменской области, определяемым Тарифным соглашением. Медицинские услуги, оказанные станциями (отделениями, пунктами) СМП и центром медицины катастроф, оплачиваются по стоимости:

- Подушевого норматива финансирования.

- Законченного случая проведения системного тромболизиса на догоспитальном этапе.

Подушевой норматив финансирования - сумма месячного финансирования, определяемая исходя из среднедушевого тарифа и количества обслуживаемого населения.

Законченный случай проведения системного тромболизиса на догоспитальном этапе - проведение системного тромболизиса на догоспитальном этапе, включающее комплекс диагностических, лечебных и организационных мероприятий, осуществленных специализированной бригадой СМП на вызове с использованием сложных, уникальных и/или ресурсоемких медицинских технологий в соответствии с утвержденным перечнем высокотехнологичных и дорогостоящих видов медицинской помощи (с учетом стоимости расходного материала и медикаментов).

Тарифы на оказание скорой медицинской помощи <*>

<*> Количество жителей на территории обслуживания определяется заказом (заданием) на выполнение части территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам на территории Тюменской области бесплатной медицинской помощи в 2012 году.

N п/п	Наименование	Скорая медицинская помощь		Скорая специализированная санитарно- авиационная медицинская помощь
		в отделениях	на станциях	

1	Годовой норматив за одного жителя на территории обслуживания, рублей	150,00	307,47	27,17
2	Законченный случай проведения системного тромболизиса на догоспитальном этапе	-	65 000,00	-

Медицинские услуги, оказанные лицам, не идентифицированным в системе ОМС в период получения медицинской помощи, при оказании скорой и экстренной медицинской помощи, включая родовспоможение, предъявляются отдельными счетами-фактурами и реестрами в соответствии с утвержденной Инструкцией.

2. Опыт работы в ОМС скорой медицинской помощи Калининграда

Калининградская область работает в системе ОМС с 2009 года и имеет интересный опыт использования различных способов оплаты скорой медицинской помощи: до 2012 года - по тарифам на единицу объема медицинской помощи (один вызов скорой медицинской помощи) с применением дифференцированных тарифов ([Таблица N 1](#)); с 2012 года - финансирование по подушевому нормативу.

В единой системе оплаты медицинских услуг в системе ОМС Калининградской области основным способом оплаты медицинской помощи является подушевой норматив финансирования. Расчеты за оказанную медицинскую помощь осуществляются страховыми медицинскими организациями с последующим вычетом стоимости оплаченной медицинской помощи из общего объема средств подушевого финансирования Фондодержателя (в данном случае - АПУ). Иными словами, АПУ получают финансирование по подушевому нормативу и осуществляют расчеты с другими медицинскими организациями. Объемы медицинской помощи по ОМС распределяются между медицинскими организациями решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

В соответствии с Постановлением Правительства Калининградской области РФ от 29 декабря 2011 года N 1029 "О Программе государственных гарантий оказания населению Калининградской области бесплатной медицинской помощи на 2012 год":

- за счет средств ОМС оказывается, в том числе, скорая медицинская помощь (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи);
- способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС: для скорой медицинской помощи - по тарифам на основе подушевого норматива финансирования;
- нормативы объемов медицинской помощи: для скорой, в том числе специализированной (санитарно-авиационной), медицинской помощи норматив вызовов составляет 0,318 вызова, в том числе в рамках Программы ОМС - 0,318 вызова;
- нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Программой, рассчитаны исходя из расходов на ее оказание и в среднем составляют: на 1 вызов СМП, в том числе специализированной (санитарно-авиационной), - 1710,1 рубля (за счет средств ОМС - 1710,1 рубля);
- подушевые нормативы финансового обеспечения, предусмотренные ТП ОМС, отражают размер бюджетных ассигнований и средств ОМС, необходимых для компенсации затрат на предоставление бесплатной медицинской помощи в расчете на 1 человека в год, за счет средств ОМС - на 1 застрахованное лицо в год, устанавливаются без учета расходов, связанных с обеспечением необходимыми лекарственными средствами категорий граждан, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение в соответствии с Федеральным [законом](#) от 17 июля 1999 года N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи", целевыми программами Калининградской области, и составляют в среднем 7633,4 рубля, в том числе 7356,1 рубля за счет средств ОМС и 277,3 рубля за счет средств соответствующих бюджетов;
- в Перечень учреждений, их структурных подразделений, иных организаций здравоохранения, работающих в системе ОМС Калининградской области, включены, в том числе:
 - МУЗ "Городская больница скорой медицинской помощи"
 - МУЗ "Городская станция скорой медицинской помощи"
 - отделения скорой медицинской помощи.

С 2009 года оплата услуг СМП осуществлялась по тарифам на единицу объема медицинской помощи - за 1 вызов СМП по тарифу стоимости 1 вызова по видам специализации выезжающих бригад. Этот вариант оплаты СМП, согласно Порядку оплаты медицинских услуг в системе ОМС Калининградской области, предполагал:

Оплату выездов специализированной, врачебной общепрофильной, фельдшерской бригад, неотложные вызовы, выезды для осуществления транспортировки больных по направлениям врачей лечебно-профилактического учреждения в стационар и (или) рожениц, безрезультатные и попутные выезды.

Тариф стоимости 1 вызова СМП включал все статьи расходов, предусмотренные экономической классификацией расходов бюджетов Российской Федерации.

Попутный вызов оплачивался по стоимости основного вызова с применением понижающего коэффициента, утвержденного ГТС.

Допускалась оплата из средств ОМС вызова для оказания неотложной помощи при невозможности обслуживания данного вызова АПУ-Фондодержателем (в вечернее и ночное время, в выходные и праздничные дни).

При оказании СМП оплата из сформированных резервов производилась СМО в соответствии с Соглашением о распределении между СМО лечебно-профилактических учреждений для оплаты медицинских услуг, оказанных неидентифицированным пациентам: 1) города Калининграда - иностранным гражданам, жителям других территорий РФ, лицам без определенного места жительства, новорожденным детям и при безрезультатных выездах, 2) Калининградской области - иностранным гражданам и жителям других территорий РФ.

При оказании СМП военнослужащим и иным лицам, подлежащим государственному страхованию, незастрахованным жителям города Калининграда и области оплата вызова производилась Фондодержателем по месту постоянного проживания гражданина.

Таблица N 1

Динамика изменения тарифов стоимости одного вызова скорой
медицинской помощи 2009 - 2012 гг.

N п/п	Виды вызова	Полный тариф стоимости одного вызова (руб.) с января 2009 г.	Полный тариф стоимости одного вызова (руб.) с августа 2009 г.	Полный тариф стоимости одного вызова (руб.) I квартал 2010 г.	Полный тариф стоимости одного вызова (руб.) II квартал 2010 г.	Полный тариф стоимости одного вызова (руб.) с июня 2010 г.	Полный тариф стоимости одного вызова (руб.) с июля по сентябрь 2010 г.	Полный тариф стоимости одного вызова (руб.) с октября 2010 г.	Полный тариф стоимости одного вызова (руб.) с января 2011 г.	Полный тариф стоимости одного вызова (руб.) с января 2012 г.
1	Врачебные	985,32	1093,71	1103,3	1129,78	1224,66	1424,36	1424,36	1509,68	1585,16
2	Фельдшерские	829,36	920,59	928,4	950,68	1030,52	1198,56	1198,56	1270,36	1333,88
3	Специализированные	1035,52	1149,43	1194,4	1223,07	1325,78	1541,97	1541,97	1634,33	1716,05
4	Осуществление транспортировки	800,04	888,04	863,8	884,53	958,88	1115,17	1115,17	1181,96	1241,06
5	Безрезультатные	894,53	992,93	876	897,02	972,36	1130,92	1130,92	1198,66	1258,59
6	Попутные	532,62	591,21	596,7	611,02	662,34	770,34	473,78	502,16	527,27
7	Неотложная помощь							390,04	413,4	434,07

С 2012 года произошло изменение способа оплаты СМП в рамках Программы ОМС: скорая медицинская помощь перешла к финансированию по тарифам на основе подушевого норматива финансирования. Размер подушевых нормативов финансирования, нормативных затрат по видам медицинской помощи утверждается Соглашением о тарифах на оплату медицинской помощи в системе ОМС Калининградской области. При этом оплата СМП производится из средств подушевого финансирования страховых медицинских организаций на основе подушевого норматива финансирования по тарифу стоимости 1 вызова СМП в разрезе специализации выезжающих бригад. Размер среднемесячного подушевого норматива на одного застрахованного жителя области на скорую медицинскую помощь для ГБУЗ КО "Городская станция скорой медицинской помощи" в 2012 году составил 36,59 рублей при плановом годовом задании 140 482 вызова.

Опыт работы Калининградской области показал несомненные преимущества финансирования с оплатой за каждый вызов СМП с использованием дифференцированных тарифов (первоначальный способ оплаты). Этот способ оплаты в условиях интенсивного труда при высокой потребности в услугах СМП в регионе позволял наиболее полно компенсировать затраты медицинской организации на оказание скорой медицинской помощи. Вариант финансирования по тарифам на основе подушевого норматива финансирования был менее эффективен.

В соответствии с Порядком организационного и финансового взаимодействия субъектов и участников ОМС при реализации ПГГ оказания населению Калининградской области бесплатной медицинской помощи на 2012 год:

Оплата за медицинские услуги, оказанные в рамках ТП ОМС гражданам, не имеющим полиса ОМС по объективным причинам, производится по предоставленным реестрам. СМО производят оплату реестров по решению Комиссии по разработке проекта ТП ОМС за счет средств, полученных на оплату дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных **базовой программой** ОМС. При недостатке этих средств СМО представляет заявку в ТФОМС на сумму, недостающую на оплату медицинских услуг оказанных гражданам, не имеющим полиса ОМС. Оплата ТФОМС производится за счет средств нормированного страхового запаса, предусмотренных на эти цели.

Оплата за медицинские услуги в рамках базовой программы ОМС производится после идентификации граждан с использованием автоматизированной обработки сведений ТФОМС по региональному сегменту единого реестра застрахованных лиц.

Оплата за медицинские услуги, оказанные в рамках базовой программы ОМС гражданам, не идентифицированным по объективным причинам, производится по предоставленным реестрам по решению Комиссии по разработке проекта ТП ОМС Калининградской области.

Рассмотрение вопроса по оплате за медицинские услуги, оказанные гражданам, не идентифицированным по объективным причинам, и принятие решения по нему осуществляются в соответствии с Порядком, утвержденным решением Комиссии по разработке проекта ТП ОМС Калининградской области. Информацию о невозможности идентификации пациента по объективным причинам медицинская организация представляет Рабочей группе по установленной форме.

Оплата за медицинские услуги, оказанные участникам **Государственной программы** по переселению в Российскую Федерацию соотечественников, проживающих за рубежом, и членам их семей, производится без проведения идентификации при наличии свидетельства участника программы установленного **образца** и соответствующей записи в реестре на оплату медицинских услуг.

3. Особый порядок финансирования ОМС в Санкт-Петербурге

Санкт Петербург как один из субъектов РФ имеет свою нормативную базу и положительный опыт работы в системе ОМС. Работу в ОМС регламентируют Правила ОМС в Санкт-Петербурге, Положение об организации, порядке оказания и оплате медицинской помощи (медицинских услуг) в системе ОМС, направленные на создание условий, необходимых для реализации гражданами прав на медицинскую помощь.

Особого внимания заслуживает **Приказ** ТФОМС Санкт-Петербурга от 26 июня 2006 г. N 174-А "Об особом порядке финансирования обязательного медицинского страхования на территории Санкт-Петербурга в форме оплаты по счетам за медицинскую помощь (медицинские услуги) по обязательному медицинскому страхованию во внештатных ситуациях".

Положение об особом порядке финансирования ОМС на территории Санкт-Петербурга в форме оплаты счетов за медицинскую помощь (медицинские услуги) по ОМС во внештатных ситуациях предназначено для регламентирования действий ТФОМС Санкт-Петербурга, направленных на достижение всеобщности и равенства возможностей всех граждан в получении медицинских услуг по

ОМС на территории Санкт-Петербурга.

Данный Особый порядок регулирует отношения, возникающие между медицинскими учреждениями системы ОМС Санкт-Петербурга и ТФОМС по поводу оплаты медицинской помощи, оказанной гражданам во внештатных ситуациях (когда оказанные медицинские услуги подлежат оплате из средств ОМС, но порядок и форма оплаты не определены действующими нормативными актами). Внештатная ситуация - это такая ситуация, при которой субъекты ОМС (страхователь и/или СМО) не выполняют своих обязательств по отношению к лицу, подлежащему ОМС, и/или медицинскому учреждению, оказавшему этому лицу медицинскую помощь (медицинскую услугу) в рамках Программы ОМС.

Особый порядок применяется для оплаты счетов за медицинскую помощь (медицинские услуги), оказанную в следующих внештатных ситуациях:

1. Медицинская помощь оказана гражданам, которые имеют право быть застрахованы по ОМС в Санкт-Петербурге, но в их пользу не заключены договоры ОМС, в том числе:

- гражданам Российской Федерации, работающим в организациях, зарегистрированных в качестве налогоплательщика в Санкт-Петербурге (к данной категории граждан относятся иностранные граждане, имеющие подтверждение на право трудовой деятельности на территории России и работающие в организации, зарегистрированной в качестве налогоплательщика в Санкт-Петербурге);

- неработающим гражданам, подлежащим ОМС в соответствии с Положением о порядке организации обязательного медицинского страхования неработающих граждан в Санкт-Петербурге (действующее [Положение](#) о порядке организации обязательного медицинского страхования неработающих граждан в Санкт-Петербурге утверждено распоряжением председателя Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 08.07.2005 N 263-р и приказом исполнительного директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга от 29.06.2005 N 149-А).

2. Медицинская помощь оказана гражданам, застрахованным по ОМС на территории Санкт-Петербурга страховой медицинской организацией, которая не оплачивает медицинскую помощь в связи с прекращением или приостановлением действия договора между Фондом и СМО.

3. Медицинская помощь оказана гражданам Российской Федерации, которые не имеют регистрации по месту пребывания и по месту жительства в пределах Российской Федерации:

- гражданам Российской Федерации, имеющим документ, удостоверяющий личность, но не имеющим регистрации ни по месту пребывания, ни по месту жительства в пределах Российской Федерации и не состоящим на учете в Городском пункте учета граждан Российской Федерации без определенного места жительства (лица БОМЖ);

- гражданам Российской Федерации, постоянно проживающим за пределами Российской Федерации;

- детям, оказавшимся на момент получения медицинской помощи без опеки и попечительства, до перевода их в специализированное медико-социальное учреждение.

4. Медицинская помощь оказана гражданам, личность которых не установлена (не идентифицирована):

- переведенным в специализированное медико-социальное учреждение как неидентифицированные лица (по медицинским показаниям);

- умершим и захороненным как неизвестные.

Оплату счетов в данных ситуациях осуществляет ТФОМС. Счета за медицинскую помощь (медицинские услуги), оказанную гражданам во внештатных ситуациях, предъявляются к оплате с кодом плательщика "кТФ1". Счета оформляются с соблюдением определенных требований, обязательных для исполнения.

V. ПЕРЕХОДНЫЙ ПЕРИОД

Знание основ и принципов работы ОМС, опыт регионов, вошедших в новую систему финансирования, позволяет распространить ОМС на всей территории РФ в системе СМП, разработать формы организации труда и механизмы, способствующие дальнейшему развитию и совершенствованию скорой медицинской помощи. Этому предшествует переходный период, финалом которого служит всеобщая готовность СМП к работе в ОМС в наиболее оптимальном режиме функционирования. Цель переходного периода - подготовка нормативно-правовой и материально-технической базы организаций ОМС и СМП, обучение персонала.

Помимо обращения в ТФОМС с уведомлением и последующим включением медицинской организации в Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, она должна быть интегрирована в информационную систему взаиморасчетов ОМС, что подразумевает:

1. Включение ее в справочные системы ТФОМС (направляется письмо в адрес ТФОМС с

указанием банковских реквизитов);

2. Установку программного обеспечения службой поддержки ТФОМС на выделенный ПК с телефонной линией;

3. Регистрацию организации в информационной системе (настройка ПО, получение паролей, заполнение инструкций, получение доступа к БД персонифицированного учета и т.п.);

4. Обучение персонала работе с информационной системой.

Переходный период должен обеспечить щадящий режим работы организации, обусловленный необходимостью освоения новых информационных систем и навыков работы с ними, правил и принципов работы в ОМС, алгоритмов взаимодействия с участниками ОМС.

Поэтому целесообразным и необходимым на первом этапе является:

- использование подушевого тарифа оплаты СМП как наиболее оптимального в сложившихся условиях готовности территорий РФ к работе в ОМС (дающего гарантированную оплату услуг СМП в рамках планового задания) с последующей разработкой и утверждением дифференцированных тарифов и переходом на оплату медицинской помощи на основе стандартов (при условии полного финансового обеспечения объема помощи, предусмотренного стандартами);

- разработка и утверждение тарифов на особые виды услуг СМП, не связанные с оказанием медицинской помощи (безрезультатные (в том числе ложные) вызовы; медицинское обеспечение мероприятий, доставка крови и ее компонентов и др.) в условиях деятельности государственных и муниципальных учреждений здравоохранения;

- разработка и утверждение "Порядка оплаты вызовов, выполняемых бригадами СМП сверх планового задания, утвержденного ТП ОМС".

Основопологающим принципом должен быть следующий:

Гарантированное возмещение всех затрат медицинской организации по оказанию медицинской помощи, и в первую очередь - экстренной и неотложной. Он опирается на Федеральный [закон](#) N 326-ФЗ:

Статья 11. Недопустимость отказа в оказании медицинской помощи

1. Отказ в оказании медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи медицинской организацией не допускается.

2. Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федеральный [закон](#) от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

2. Федеральный [закон](#) от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"

3. [Приказ](#) Минздравсоцразвития РФ от 26 марта 1999 г. N 100 "О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации" (ред. от 10.06.2010)

4. [Приказ](#) Минздрава СССР от 20.05.1988 N 404 "О мерах по дальнейшему совершенствованию скорой медицинской помощи населению" (ред. от 26.03.1999)

5. [Приказ](#) Минздравсоцразвития РФ 1 ноября 2004 г. N 179 "Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи" с изменениями, внесенными приказами Минздравсоцразвития РФ от 2 августа 2010 г. N 586н, от 15 марта 2011 г. N 202н, от 30 января 2012 г. N 65н

6. [Приказ](#) Минздравсоцразвития РФ от 1 декабря 2005 г. N 752 "Об оснащении санитарного автотранспорта" с изменениями, внесенными приказом Минздравсоцразвития РФ от 31 марта 2008 г. N 154н

7. [Приказ](#) Минздравсоцразвития РФ от 2 декабря 2009 г. N 942 "Об утверждении статистического инструментария станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи"

8. [Приказ](#) Минздравсоцразвития РФ от 11 июня 2010 г. N 445н "Об утверждении требований к комплектации лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения укладки выездной бригады скорой медицинской помощи"

9. [Приказ](#) Минздравсоцразвития РФ от 7 июля 2009 г. N 415н "Об утверждении квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения" (в ред. Приказа Минздравсоцразвития России от 26.12.2011 N 1644н)

10. [Приказ](#) Минздравсоцразвития РФ от 23 июля 2010 г. N 541н "Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения"

11. [Приказ](#) Минздравсоцразвития РФ от 25 июля 2011 г. N 801н "Об утверждении номенклатуры

должностей медицинского и фармацевтического персонала и специалистов с высшим и средним профессиональным образованием учреждений здравоохранения"

12. [Приказ](#) Минздравсоцразвития РФ от 25 июля 2011 г. N 808н "О порядке получения квалификационных категорий медицинскими и фармацевтическими работниками"

13. Информационное [письмо](#) Минздравсоцразвития РФ от 22 декабря 2011 г. N 20-2/10/1-8234 "О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год"

14. [Постановление](#) Правительства Российской Федерации от 21.10.2012 N 856 "О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год"

15. [Постановление](#) Правительства Российской Федерации от 6 мая 2003 г. N 255 "О разработке и финансировании выполнения заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и контроле за их реализацией"

16. [Приказ](#) Минздравсоцразвития РФ от 28 февраля 2011 г. N 158н "Об утверждении правил обязательного медицинского страхования" (в ред. Приказов Минздравсоцразвития РФ от 10.08.2011 N 897н, от 09.09.2011 N 1036н)

17. [Приказ](#) Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию"

18. [Приказ](#) Минздравсоцразвития РФ от 21 января 2011 г. N 15н "Об утверждении Типового положения о Территориальном фонде обязательного медицинского страхования"

19. [Приказ](#) Минздравсоцразвития РФ от 9 сентября 2011 г. N 1030н "Об утверждении формы Типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования"

20. [Приказ](#) ФФОМС от 1 декабря 2010 г. N 227 "О порядке использования средств нормированного страхового запаса Территориального фонда обязательного медицинского страхования"

21. [Письмо](#) ФФОМС от 15 марта 2011 г. N 1257/30-4/и "О реализации Приказа ФОМС от 01.12.2010 N 230"

22. [Письмо](#) ФФОМС от 5 августа 2011 г. N 3055/30-2 (о заключении договоров по ОМС)

23. [Приказ](#) Минздравсоцразвития РФ от 24 декабря 2010 г. N 1184н "Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию"

24. [Письмо](#) Минздравсоцразвития РФ от 24.11.2011 N 14-3/10/2-11668 "О стандартах медицинской помощи"

25. [Распоряжения](#) губернатора Санкт-Петербурга от 14.01.2000 N 2-р "О Правилах обязательного медицинского страхования граждан в Санкт-Петербурге"

26. [Приказ](#) Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 31 июля 2003 г. N 178-п "Об утверждении Положения об организации, порядке оказания и оплате медицинской помощи (медицинских услуг) в системе обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга" (в ред. Приказа Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 18.06.2007 N 70-п)

27. [Постановление](#) Правительства Санкт-Петербурга от 31.03.2009 N 348 "О Правилах обязательного медицинского страхования граждан в Санкт-Петербурге"

28. [Приказ](#) ТФОМС Санкт-Петербурга от 26 июня 2006 г. N 174-А "Об особом порядке финансирования обязательного медицинского страхования на территории Санкт-Петербурга в форме оплаты по счетам за медицинскую помощь (медицинские услуги) по обязательному медицинскому страхованию во внестатных ситуациях"

29. Методические [рекомендации](#) по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, 28.08.2001

30. Руководство по скорой медицинской помощи/под ред. С.Ф. Багненко, А.Л. Верткина, А.Г. Мирошниченко, М.Ш. Хубутя. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 816 с.

31. Скорая медицинская помощь пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях / Багненко С.Ф., Стожаров В.В., Мирошниченко А.Г. и соавт. СПб.: ИПК "КОСТА", 2007. 400 с.

32. Организационные аспекты оказания скорой медицинской помощи в Российской Федерации: учебное пособие/ГБУ "Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе", ГБОУ ВПО "Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова" Минздравсоцразвития России. СПб., 2012, 25 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение N 1

ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВАНИЙ ДЛЯ ОТКАЗА В ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (УМЕНЬШЕНИЯ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ)

(в соответствии с [Приказом](#) ФФОМС от 01.12.2010 N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию")

Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных

1.1. Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:

1.1.1. на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации ТП ОМС;

1.1.2 на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;

1.1.3. нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке.

1.2. Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с ТП 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;

1.2.2. повлекший за собой причинение вреда здоровью либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания.

1.3. Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС, 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;

1.3.2. повлекший за собой причинение вреда здоровью либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания.

1.4. Взимание платы с застрахованных лиц (в рамках ДМС или в виде оказания платных услуг) за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную ТП ОМС.

1.5. Приобретение пациентом лекарственных средств и изделий медицинского назначения в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в "[Перечень](#) жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств", "Формуляр лечения стационарного больного", согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи.

Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения

2.1. Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет.

2.2. Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации:

2.2.1. о режиме работы медицинской организации;

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;

2.2.3. о видах оказываемой медицинской помощи;

2.2.4. о показателях доступности и качества медицинской помощи;

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;

2.2.6. о [перечне](#) лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с [перечнем](#) групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные

препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с [перечнем](#) групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.

2.3. Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях.

2.4. Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:

2.4.1. о режиме работы медицинской организации;

2.4.2. об условиях оказания медицинской помощи, установленных ТП государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;

2.4.3. о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;

2.4.4. о показателях доступности и качества медицинской помощи;

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;

2.4.6. о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с [перечнем](#) групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с [перечнем](#) групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.

Раздел 3. Дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи

3.1. Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).

3.2. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи:

3.2.1. не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;

3.2.2. приведших 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);

3.2.3. приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);

3.2.4. приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);

3.2.5. приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).

3.3. Выполнение непоказанных, не оправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий:

3.3.1. приведших к удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица;

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).

3.4. Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).

3.5. 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 состоянии здоровья, подтвержденное проведенной целевой или плановой экспертизой (за исключением случаев этапного лечения).

3.6. Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.

3.7. Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная

госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара.

3.8. Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.

3.9. Необоснованное удлинение сроков лечения по вине медицинской организации, а также увеличение количества медицинских услуг, посещений, койко-дней, не связанное с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в рамках стандартов медицинской помощи.

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

3.11. Действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания).

3.12. Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств - синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения.

3.13. Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.

3.14. Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории.

Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации

4.1. Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.

4.2. Дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи).

4.3. Отсутствие в первичной документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение в установленных законодательством Российской Федерации случаях.

4.4. Наличие признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление истории болезни, с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).

4.5. Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует табелю учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).

4.6. Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:

4.6.1. включение в счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов посещений, койко-дней и др., не подтвержденных первичной медицинской документацией;

4.6.2. несоответствие сроков лечения, согласно первичной медицинской документации, застрахованного лица срокам, указанным в реестре счета;

Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов

5.1. Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:

5.1.1. наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;

5.1.2. сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;

5.1.3. наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;

5.1.4. некорректное заполнение полей реестра счетов;

5.1.5. заявленная сумма по позиции реестра счетов некорректна (содержит арифметическую ошибку);

5.1.6. дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.

5.2. Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к СМО:

5.2.1. включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному

другой страховой медицинской организацией;

5.2.2. введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса ОМС, адресе и т.д.);

5.2.3. включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис ОМС на территории другого субъекта РФ;

5.2.4. наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах;

5.2.5. включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории РФ.

5.3. Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в ТП ОМС:

5.3.1. Включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в ТП;

5.3.2. Предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы;

5.3.3. Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые ФСС).

5.4. Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь:

5.4.1. Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;

5.4.2. Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.

5.5. Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности:

5.5.1. Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;

5.5.2. Предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном [порядке](#) действия лицензии медицинской организации;

5.5.3. Предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов).

5.6. Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.

5.7. Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи:

5.7.1. Позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);

5.7.2. Дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;

5.7.3. Стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;

5.7.4. Стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованное в системе ОМС.

5.7.5. Включения 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).

5.7.6. Включение в реестр счетов нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.

Приложение N 2

ОБЯЗАТЕЛЬСТВА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, СЛЕДСТВИЕМ НЕИСПОЛНЕНИЯ КОТОРЫХ

ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗМОЖНОСТЬ НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ УПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ШТРАФА ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА

(в соответствии с [Письмом](#) ФОМС от 15.03.2011 N 1257/30-4/и "О реализации приказа ФОМС ОТ 01.12.2010 N 230")

N п/п	Обязательства медицинских организаций	Последствия неисполнения обязательств	
		сумма, не подлежащая оплате, уменьшение оплаты, возмещения	размер 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:		
1.1.1.	Обеспечение выбора медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации ТП ОМС, в соответствии с заявлением застрахованного лица	-	100% размера норматива финансового обеспечения ТП ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.1.2.	Обеспечение выбора врача в соответствии с заявлением застрахованного лица, поданным лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации	-	100% размера норматива финансового обеспечения ТП ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.1.3.	Соблюдение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке	-	100% размера норматива финансового обеспечения ТП ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.2.	Оказание застрахованным лицам медицинской помощи в соответствии с ТП ОМС	последствия за необоснованный отказ в оказании медицинской помощи застрахованному лицу, не повлекший причинение вреда здоровью, не создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания	
		-	100% размера норматива финансового обеспечения ТП ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год
		последствия за необоснованный отказ в оказании медицинской помощи застрахованному лицу, повлекший причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания	
		возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего	50% размера норматива финансового обеспечения ТП ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год

		заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	
1.3.	Бесплатное оказание застрахованным лицам медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта РФ, в котором выдан полис ОМС, в объеме, установленном базовой программой	последствия за необоснованный отказ застрахованному лицу в бесплатном оказании медицинской помощи, не повлекший причинение вреда здоровью, не создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания либо возникновения нового заболевания	
		-	100% размера норматива финансового обеспечения ТП ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год
		последствия за необоснованный отказ застрахованному лицу в бесплатном оказании медицинской помощи, повлекший причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания	
		возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	50% размера норматива финансового обеспечения ТП ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.4.	Недопущение взимания платы застрахованных лиц (в рамках ДМС или в виде оказания платных услуг) за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную ТП ОМС	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	100% возврат средств, необоснованно затраченных застрахованным лицом
1.5.	Бесплатное обеспечение застрахованных лиц в период пребывания в стационаре по назначению врача лекарственными препаратами и ИМН, включенными в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, формуляр лечения стационарного больного, согласованный и утвержденный в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи	50% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	100% возврат средств, необоснованно затраченных застрахованным лицом
2. Обеспечение информированности застрахованных лиц			
2.1.	Создание официального сайта медицинской организации в сети "Интернет"	-	25% размера норматива финансового обеспечения ТП ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год
2.2.	Наличие на официальном сайте медицинской организации в сети		

	"Интернет" следующей информации:		
2.2.1.	о режиме работы медицинской организации	-	25% размера норматива финансового обеспечения ТП ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год
2.2.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных ТПГГ, в том числе сроков ожидания медицинской помощи	-	25% размера норматива финансового обеспечения ТП ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи	-	25% размера норматива финансового обеспечения ТП ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год
2.2.4.	показатели доступности и качества медицинской помощи	-	25% размера норматива финансового обеспечения ТП ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год
2.2.5.	перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно	-	25% размера норматива финансового обеспечения ТП ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год
2.2.6.	перечень 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%-скидкой со свободных цен	-	25% размера норматива финансового обеспечения ТП ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год
2.3.	Организация информационных стендов	-	25% размера норматива финансового обеспечения ТП ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год
2.4.	Наличие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:		
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации	-	25% размера норматива финансового обеспечения ТП ОМС в расчете на одно

			застрахованное лицо в год
2.4.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных ТП ОМС, в том числе сроков ожидания медицинской помощи	-	25% размера норматива финансового обеспечения ТП ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год
2.4.3.	о видах медицинской помощи, оказываемых данной медицинской организацией	-	25% размера норматива финансового обеспечения ТП ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год
2.4.4.	показатели доступности и качества медицинской помощи	-	25% размера норматива финансового обеспечения ТП ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год
2.4.5.	перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно	-	25% размера норматива финансового обеспечения ТП ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год
2.4.6.	перечень 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 пятидесяти процентов со свободных цен	-	25% размера норматива финансового обеспечения ТП ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год
3. Отсутствие дефектов медицинской помощи/нарушений при оказании медицинской помощи			
3.1.	Соблюдение персоналом медицинской организации врачебной этики и деонтологии	-	100% размера норматива финансового обеспечения ТП ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год
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 невыполнения обязательства, не повлиявшие на состояние здоровья застрахованного лица	
		50% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
		последствия невыполнения обязательства, приведшие к увеличению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	

		100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи сверх установленных сроков оказания медицинской помощи	-
		последствия невыполнения обязательства, приведшие к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшие риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	
		50% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи и в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	-
		последствия невыполнения обязательства, приведшие к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	
		100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи и в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица, возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	200% размера норматива финансового обеспечения ТП ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год
		последствия невыполнения обязательства, приведшие к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	
3.3.	Выполнение показанных, оправданных с клинической точки зрения, регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	500% размера норматива финансового обеспечения ТП ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год
		последствия невыполнения обязательства, приведшие к увеличению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица	
		100% стоимости за каждый случай оказания	-

		медицинской помощи сверх установленных сроков оказания медицинской помощи	
		последствия невыполнения обязательства, приведшие к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица либо риску прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	
		50% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица, возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	-
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)	
		50% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
3.5.	Обеспечение достижения положительной динамики в состоянии здоровья застрахованного лица при первичном обращении за медицинской помощью (за исключением случаев этапного лечения)	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 состоянии здоровья, подтвержденное проведенной целевой или плановой экспертизой (за исключением случаев этапного лечения)	
		25% стоимости за каждый случай первичного и повторного оказания медицинской помощи	-
3.6.	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	
		50% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи и в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося	-

		заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	
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	50% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
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	50% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
3.9.	Соблюдение сроков и условий лечения застрахованных лиц в рамках стандартов медицинской помощи	последствия за необоснованное увеличение сроков лечения по вине медицинской организации, увеличение количества медицинских услуг, посещений, койко-дней, не связанного с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в рамках стандартов медицинской помощи	
		100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи сверх установленных сроков оказания медицинской помощи	-
3.10.	Недопущение 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	100% стоимости каждого случая, предъявленного к оплате повторно	-
3.11.	Принятие мер со стороны медицинского персонала к предупреждению развития нового заболевания застрахованного лица (развития ятрогенного заболевания)	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	200% размера норматива финансового обеспечения ТП ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год, возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания

3.12.	Обеспечение обоснованного назначения лекарственной терапии; исключение одновременного назначения лекарственных средств – синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанного с риском для здоровья пациента и/или приводящего к удорожанию лечения	25% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	–
3.13.	Обеспечение выполнения обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с законодательством	–	50% размера норматива финансового обеспечения ТП ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год, возмещение расходов на лечение застрахованного лица
3.13.1.	недопущение наличия расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 – 3 категории	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	100% размера норматива финансового обеспечения ТП ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год, возмещение расходов на лечение застрахованного лица
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	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	50% размера норматива финансового обеспечения ТП ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год, возмещение расходов на лечение застрахованного лица
4.2.	Оформление надлежащим образом первичной медицинской документации, обеспечивающее проведение экспертизы КМП (возможность оценки динамики состояния здоровья застрахованного лица, объема, характера и условий предоставления медицинской помощи)	25% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	–
4.3.	Обеспечение наличия в первичной медицинской документации информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, письменного согласия на лечение в установленных законодательством Российской Федерации случаях	25% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	–

4.4.	Исключение случаев наличия признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление истории болезни, с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания)	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	100% размера норматива финансового обеспечения ТП ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год, возмещение расходов на лечение застрахованного лица
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.)	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
4.6.	Оформление счетов на оплату медицинской помощи и реестров счетов в соответствии с записями в первичной медицинской документации, не допуская:		
4.6.1.	включение в счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов посещений, койко-дней и др., не подтвержденных первичной медицинской документацией	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
4.6.2.	несоответствия сроков лечения застрахованного лица в первичной медицинской документации срокам, указанным в реестре счетов	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, не подтвержденный первичной медицинской документацией	-
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:			
5.1.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.1.2.	несоответствие суммы счета итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов,	100% стоимости за каждый случай оказания	-

	обязательных к заполнению;	медицинской помощи	
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.1.5.	некорректные суммы по позициям реестров счетов (арифметические ошибки);	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.1.6.	несоответствие даты оказания медицинской помощи в реестре счетов отчетному периоду/периоду оплаты	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.2. Оформление счета на оплату медицинской помощи и реестров счетов надлежащим образом в соответствии с принадлежностью застрахованного лица к СМО, исключив:			
5.2.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, получившему полис ОМС в другой СМО	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.2.2.	включение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса ОМС, адресе и т.д.)	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис ОМС на территории другого субъекта РФ	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.2.4.	наличие в реестре счетов неактуальных данных о застрахованных лицах	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.2.5.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи гражданам, не подлежащим ОМС на территории РФ	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.3. Предъявление к оплате счета, включающего виды и объемы медицинской помощи, входящие в ТП ОМС, исключив:			
5.3.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в ТП ОМС	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.3.2.	предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-

	решением Комиссии		
5.3.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников (лечение тяжелых несчастных случаев на производстве, оплачиваемое ФСС РФ)	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.4. Формирование для оплаты счетов и реестров счетов с учетом установленных тарифов на оплату медицинской помощи, не допуская:			
5.4.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.4.2.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.5. Включение в реестры счетов лицензированных видов медицинской деятельности, не допуская:			
5.5.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в лицензии медицинской организации;	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.5.2.	представления реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.5.3.	представления на оплату реестров счетов в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: несоответствие фактических адресов осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности данным лицензии и другого (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов)	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.6.	Недопущение включения в реестр счетов случаев	100% стоимости за каждый случай оказания	-

	оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи	медицинской помощи	
5.7.	Оформление надлежащим образом реестров счетов, исключая повторное или необоснованное включение в реестр счетов медицинской помощи, в том числе:		
5.7.1.	повторное включение ранее оплаченной позиции (повторное выставление ранее оплаченного счета)	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.7.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре счетов	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.7.3.	включение стоимости отдельной медицинской услуги, учтенной в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги и предъявленной к оплате	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенных в реестр счетов необоснованно	-
5.7.4.	включение стоимости медицинской услуги, вошедшей в подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи на прикрепленных застрахованных лиц	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
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)	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенных в реестр счетов необоснованно	-
5.7.6.	включение нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты, с пересечением или совпадением сроков лечения	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенных в реестр счетов необоснованно	-

