

Государственное автономное учреждение здравоохранения  
Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер

Приказ

г. Казань

«\_\_ 01 \_\_»\_04\_2016г.

№\_\_\_\_28\_\_\_\_

О реализации ПГГ на 2016г.

В целях обеспечения конституционных прав граждан Российской Федерации на бесплатное оказание медицинской помощи и во исполнение постановления Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2015 г. №1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год», а также постановления КМ РТ от 25.12.2015г. №975 «Об утверждении Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории РТ на 2016г.» Настоящее Тарифное соглашение разработано и заключается в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом Российской Федерации от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 №158н, Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 №230, Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 №200, разъяснениями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.12.2015 №11-9/10/2-7796 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы

государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год»

#### П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Главным врачам филиалов ГАУЗ «РККВД», заведующим поликлиническими, стационарными отделениями обеспечить выполнение положений Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Татарстан на 2016г и Тарифное соглашение об оплате медицинской помощи по Территориальной программе обязательного медицинского страхования Республики Татарстан на 2016 год (приложение 9) во вверенных подразделениях

2. Главным врачам филиалов ГАУЗ «РККВД», заведующим поликлиническими, стационарными отделениями довести до сведения врачей и пациентов:

2.1. Перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, и категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно (приложение 2);

2.2.. Порядок и условия оказания медицинской помощи (приложение 3);

2.3. Порядок реализации установленного законодательством Российской Федерации права внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан в медицинских организациях, участвующих в Программе (приложение 4);

2.4. Порядок обеспечения граждан лекарственными препаратами, а также медицинскими изделиями (приложение 5);

2.5. Порядок оказания медицинской помощи иностранным гражданам (приложение 6);

2.6. Порядок информирования граждан о деятельности медицинской организации (приложение 7);

2.7. Целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Татарстан на 2016 год (приложение 8)

2.8. Тарифное соглашение об оплате медицинской помощи по Территориальной программе обязательного медицинского страхования Республики Татарстан на 2016 год (приложение 9)

2.9. Способы оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам по Территориальной программе обязательного медицинского страхования Республики Татарстан (приложение 10)

2.10. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (приложение 11)

3. На информационных стендах разместить приложения №2,3,4,5,6,7,8 Программы.

4. Заместителям главного врача по медицинской части Бильдюк Е.В., по поликлинической работе Вафиной Г.Г., клинико-экспертной работе Микешиной А.В., заведующей отделением платных услуг Белоног С.И., заведующей отделением профилактических медицинских осмотров Гарифуллиной И.В. осуществлять контроль за внедрением и соблюдением положений приказа.

5. Заместителю главного врача по экономическим вопросам Идиятуллиной Н.Х. осуществлять контроль за выполнением государственного задания по стационарной и амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в финансовом объеме.

6. Контроль исполнения приказа оставляю за собой.

Главный врач

И.К.Минуллин

Е.В.Бильдюк,238-46-32

Г.Г.Вафина,238-89-84

**Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам  
медицинской помощи на территории Республики Татарстан на 2016г.**

**I. Перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской  
помощи при которых осуществляется бесплатно, и категории  
граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется  
бесплатно**

Гражданам медицинская помощь оказывается бесплатно при следующих заболеваниях и состояниях:

инфекционные и паразитарные болезни;

новообразования;

болезни эндокринной системы;

расстройства питания и нарушения обмена веществ;

болезни нервной системы;

болезни крови, кроветворных органов;

отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;

болезни глаза и его придаточного аппарата;

болезни уха и сосцевидного отростка;

болезни системы кровообращения;

болезни органов дыхания;

болезни органов пищеварения, в том числе болезни полости рта, слюнных желез и челюстей (за исключением зубного протезирования); болезни мочеполовой системы; болезни кожи и подкожной клетчатки;

болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;

врожденные аномалии (пороки развития);

деформации и хромосомные нарушения;

беременность, роды, послеродовой период и аборты;

отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период;

психические расстройства и расстройства поведения;

симптомы, признаки и отклонения от нормы, не отнесенные к заболеваниям и состояниям.

В соответствии с законодательством Российской Федерации отдельным категориям граждан осуществляются:

обеспечение лекарственными препаратами (в соответствии с законодательством Российской Федерации и разделом VI Программы);

профилактические медицинские осмотры и диспансеризация определенных групп взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше) в соответствии с порядками,

утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе работающих и неработающих граждан, обучающихся в образовательных организациях по очной форме,

медицинские осмотры несовершеннолетних, в том числе при поступлении в образовательные организации и в период обучения в них;

диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;

пренатальная (дородовая) диагностика нарушений развития ребенка у беременных женщин в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», неонатальный скрининг на пять наследственных и врожденных заболеваний и аудиологический скрининг;

услуги по зубо- и слухопротезированию в соответствии с порядком, устанавливаемым Кабинетом Министров Республики Татарстан.

В рамках Программы за счет средств бюджета Республики Татарстан и средств обязательного медицинского страхования (далее - ОМС) осуществляется финансовое обеспечение:

осмотров врачами и диагностических исследований в целях медицинского освидетельствования лиц, желающих усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей, оставшихся без попечения родителей;

обязательных диагностических исследований и оказания медицинской помощи гражданам при постановке их на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные профессиональные образовательные организации или военные образовательные организации высшего образования, заключении с Министерством обороны Российской Федерации договора об обучении на военной кафедре при федеральной государственной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки офицеров запаса, программе военной подготовки сержантов, старшин запаса либо программе военной подготовки солдат, матросов запаса, призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу, за исключением медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной или приравненной к ней службе.

Приложение 3

## **Порядок и условия оказания медицинской помощи**

### **1. Общие положения**

1.1. В рамках Программы (за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации) бесплатно предоставляются:

первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная;

специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;  
скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;  
паллиативная медицинская помощь, оказываемая медицинскими органи-  
зациями.

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

Первичная медико-санитарная помощь оказывается бесплатно в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, в том числе в стационаре на дому, в плановой и неотложной формах.

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

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

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

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

Высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники, и оказывается медицинскими организациями в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащим в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, в рамках установленного планового задания.

Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой бесплатно в рамках Программы, установлен приложением к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2015 г. № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год».

1.4. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь

оказывается гражданам медицинскими организациями государственной или муниципальной систем здравоохранения бесплатно в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

1.5. Паллиативная медицинская помощь оказывается бесплатно в амбулаторных и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи, и представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.

1.6. Медицинская помощь оказывается в следующих формах:

экстренная - медицинская помощь при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

неотложная - медицинская помощь при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента;

плановая - медицинская помощь при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшения состояния пациента, угрозы его жизни и здоровью.

1.7. В целях обеспечения преемственности, доступности и качества медицинской помощи, а также эффективной реализации Программы медицинская помощь гражданам оказывается в соответствии с трехуровневой системой организации медицинской помощи:

первый уровень - оказание преимущественно первичной медико-санитарной медицинской помощи, в том числе первичной специализированной медицинской помощи, а также специализированной медицинской помощи и скорой медицинской помощи в центральных районных больницах, городских, районных, участковых больницах, врачебных амбулаториях, фельдшерско-акушерских пунктах, городских поликлиниках, иных медицинских организациях, отделениях и станциях скорой медицинской помощи;

второй уровень - оказание преимущественно специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своей структуре специализированные межмуниципальные (межрайонные) отделения и (или) центры, а также в диспансерах, многопрофильных больницах;

третий уровень - оказание преимущественно специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в медицинских организациях (отделениях).

1.8. Оказание платных медицинских услуг гражданам осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

## **2. Условия реализации установленного законодательством Российской**

## **Федерации права на выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача (с учетом согласия врача)**

2.1. В соответствии со статьей 21 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» при оказании гражданину медицинской помощи в рамках Программы гражданин имеет право на выбор медицинской организации в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 г. № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», и на выбор врача с учетом согласия врача.

Лечащий врач назначается руководителем медицинской организации (подразделения медицинской организации) или выбирается гражданином с учетом согласия врача.

2.2. При получении первичной медико-санитарной помощи по Территориальной программе ОМС гражданин имеет право на выбор врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера не чаще одного раза в год (за исключением случаев замены медицинской организации) путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации. Гражданин должен быть ознакомлен медицинской организацией с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) или фельдшеров, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.

2.3. В случае требования пациента о замене лечащего врача (за исключением случаев оказания специализированной медицинской помощи) пациент обращается к руководителю медицинской организации (ее подразделения) с заявлением в письменной форме, в котором указываются причины замены лечащего врача.

Руководитель медицинской организации (ее подразделения) в течение трех рабочих дней со дня получения заявления информирует пациента в письменной или устной форме (лично или посредством почтовой, телефонной, электронной связи) о врачах соответствующей специальности и сроках оказания медицинской помощи указанными врачами.

На основании информации, представленной руководителем медицинской организации (ее подразделения), пациент осуществляет выбор врача.

2.4. В случае требования пациента о замене лечащего врача при оказании специализированной медицинской помощи пациент обращается к руководителю соответствующего подразделения медицинской организации с заявлением в письменной форме, в котором указываются причины замены лечащего врача.

Руководитель подразделения медицинской организации в течение трех рабочих дней со дня получения заявления информирует пациента в письменной или устной форме (лично или посредством почтовой, телефонной, электронной связи) о врачах соответствующей специальности, работающих в подразделении медицинской организации.

На основании информации, представленной руководителем подразделения медицинской организации, пациент осуществляет выбор врача.

2.5. Возложение функций лечащего врача на врача соответствующей специальности осуществляется с учетом его согласия.

## **2. Предоставление первичной медико-санитарной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе при вызове медицинского работника на дом, и условиях дневного стационара**

2.1. Первичная медико-санитарная медицинская помощь оказывается в плановой и неотложной форме, преимущественно по территориально-участковому принципу, за исключением медицинской помощи в консультативных поликлиниках, специализированных поликлиниках и диспансерах.

Для получения первичной медико-санитарной помощи по Территориальной программе ОМС гражданин выбирает медицинскую организацию не чаще одного раза в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина) в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 г. № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи». Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу, не вправе отказать гражданину в прикреплении по месту фактического проживания гражданина.

Выбор медицинской организации гражданами, проживающими за пределами Республики Татарстан, осуществляется в порядке, утвержденном приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. № 1342н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи».

Учет регистрации застрахованных лиц в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Республики Татарстан, осуществляется в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения Республики Татарстан.

2.2. Первичная доврачебная и первичная врачебная медико-санитарная помощь организуются по территориально-участковому принципу.

Распределение населения по участкам осуществляется руководителями медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, с учетом установленной нормативной численности прикрепленного населения и в зависимости от конкретных условий оказания первичной медико-санитарной помощи населению в целях максимального обеспечения ее доступности и соблюдения иных прав граждан.

2.3. Первичная медико-санитарная помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи (по профилям), на основе стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, в соответствии с клиническими рекомендациями и руководствами, другими нормативными правовыми документами.

2.4. При выборе врача и медицинской организации для получения первичной

медико-санитарной помощи граждан (его законный представитель) дает информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства, перечень которых установлен приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н «Об утверждении перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи». Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинского вмешательства, форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форма отказа от медицинского вмешательства утверждены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1177н «Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства».

2.5. При обращении за медицинской помощью по Территориальной программе ОМС гражданин обязан предъявить полис ОМС и паспорт или иной документ, удостоверяющий личность, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи.

2.6. Оказание медицинской помощи на дому предусматривает обслуживание вызова врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом) в день приема (вызова), проведение консультаций врачами-специалистами по назначению врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача).

Медицинская помощь на дому оказывается при острых заболеваниях, сопровождающихся ухудшением состояния здоровья, состояниях, представляющих эпидемиологическую опасность для окружающих, хронических заболеваниях в стадии обострения, заболеваниях женщин во время беременности и после родов, осуществлении патронажа родильниц и детей первого года жизни (в том числе новорожденных) в установленном порядке, при невозможности (ограниченности) пациентов к самостоятельному обращению (передвижению).

2.7. Первичная медико-санитарная помощь в неотложной форме может оказываться амбулаторно в поликлинике и на дому при вызове медицинского работника в качестве первичной доврачебной медико-санитарной помощи, а также первичной врачебной и первичной специализированной медико-санитарной помощи.

Неотложная медицинская помощь на дому осуществляется в течение не более 2 часов после поступления обращения больного или иного лица об оказании медицинской помощи на дому.

2.8. Неотложная медицинская помощь лицам, обратившимся в медицинскую организацию с признаками неотложных состояний, оказывается не позднее 2 часов с момента обращения в регистратуру медицинской организации.

2.9. Организация оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме, в том числе на дому при вызове медицинского работника, гражданам, которые выбрали медицинскую организацию для получения первичной медико-санитарной

помощи в рамках Территориальной программы ОМС не по территориально-участковому принципу, устанавливается Министерством здравоохранения Республики Татарстан.

2.10. Отдельные функции лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов руководителем медицинской организации, могут быть в установленном законодательством порядке возложены на фельдшера или акушерку.

2.11. Направление пациента на плановую госпитализацию в дневной стационар осуществляется лечащим врачом в соответствии с медицинскими показаниями, предусматривающими медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующими круглосуточного медицинского наблюдения и лечения.

2.12. Направление пациента на плановую госпитализацию в условиях круглосуточного или дневного стационара осуществляется лечащим врачом. Перед направлением пациента на плановую госпитализацию в условиях круглосуточного или дневного стационара должно быть проведено догоспитальное обследование, минимальный объем которого установлен приказом Министерства здравоохранения Республики Татарстан от 19.09.2008 № 915 «Об оптимизации лабораторной диагностики на догоспитальном этапе». Указанный порядок не распространяется на случаи перевода пациента из круглосуточного в дневной стационар.

При выдаче направления на плановую госпитализацию лечащий врач обязан проинформировать гражданина о перечне медицинских организаций, участвующих в реализации Программы, в которых возможно оказание медицинской помощи соответствующего профиля, в том числе об условиях оказания медицинской помощи (круглосуточный стационар, дневной стационар).

2.13. При направлении пациента в консультативную поликлинику, специализированную поликлинику и диспансеры оформляется выписка из медицинской карты амбулаторного больного в соответствии с нормативными документами.

2.14. Порядок организации записи на прием к врачу в электронном виде в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Республики Татарстан, устанавливается Министерством здравоохранения Республики Татарстан.

2.15. Оказание гражданам первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилю «акушерство и гинекология» осуществляется преимущественно в женских консультациях (кабинетах), являющихся структурными подразделениями поликлиник (больниц). Выбор женской консультации осуществляется с учетом приоритетности выбора поликлиники для получения первичной медико-санитарной помощи.

2.16. Ведение медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, осуществляется согласно формам и порядку их заполнения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению».

2.17. На каждого пациента в медицинской организации или ее структурном

подразделении, оказывающем медицинскую помощь в амбулаторных условиях, независимо от того, сколькими врачами проводится лечение, заполняется одна карта.

2.18. Медицинские карты амбулаторных больных хранятся в медицинской организации. Медицинская организация несет ответственность за их сохранность в соответствии с законодательством.

2.19. Пациент либо его законный представитель имеет право знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов.

2.20. Пациент либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.21. Выдача медицинских справок осуществляется согласно порядку, утвержденному приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 2 мая 2012 г. № 441н «Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений», без взимания личных денежных средств пациента (законного представителя).

### **3. Условия и сроки диспансеризации населения для отдельных категорий населения**

Диспансеризация населения, в том числе детей, представляет собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами-специалистами и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении определенных групп населения.

Диспансеризация населения направлена на раннее выявление и профилактику заболеваний и проводится в медицинских организациях, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, в соответствии с программами и сроками диспансеризации, утвержденными нормативными документами Министерства здравоохранения Российской Федерации, с учетом согласия пациента (его законного представителя).

При отсутствии необходимых врачей-специалистов, лабораторных и функциональных исследований в медицинской организации консультации специалистов и диагностические исследования для диспансеризации населения, в том числе детского, могут проводиться с привлечением специалистов других медицинских организаций в установленном порядке.

Данные о результатах осмотров врачами-специалистами, проведенных исследований, рекомендации врачей-специалистов по проведению профилактических мероприятий и лечению, а также общее заключение с комплексной оценкой состояния здоровья вносятся в медицинскую документацию в установленном порядке.

### **4. Мероприятия по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, осуществляемые в рамках Программы**

В рамках Программы осуществляются следующие мероприятия по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни:

формирование у населения мотивации к ведению здорового образа жизни (организации здорового питания, режима двигательной активности, отказа от вредных привычек) в медицинских организациях, в том числе в центрах здоровья, включая обучение основам здорового образа жизни;

проведение обучающих программ по самоконтролю и профилактике обострений неинфекционных заболеваний, в том числе в школах здоровья (сахарный диабет, артериальная гипертензия, бронхиальная астма, глаукома и других);

проведение профилактических прививок, включенных в национальный календарь профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям;

проведение медицинских осмотров (профилактических, предварительных, периодических) детей до 18 лет, включая лабораторные исследования, в том числе при оформлении их временного трудоустройства в свободное от учебы и каникулярное время, при поступлении в общеобразовательные организации, профессиональные образовательные организации и образовательные организации высшего образования, студентов и учащихся, обучающихся по дневной форме обучения, за исключением медицинских осмотров, осуществляемых за счет средств работодателей и (или) личных средств граждан, в случаях, установленных законодательством Российской Федерации;

проведение мероприятий по гигиеническому просвещению, информационно-коммуникационные мероприятия по ведению здорового образа жизни, профилактике неинфекционных заболеваний и потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, в том числе:

разработка, изготовление и распространение среди населения информационных материалов (буклетов, листовок, брошюр) о профилактике заболеваний и принципах здорового образа жизни;

использование средств наружной рекламы, включая плакаты, баннеры и другое, для формирования здорового образа жизни;

размещение материалов, пропагандирующих здоровый образ жизни в средствах массовой информации, в том числе на телерадиоканалах;

размещение информационных материалов на официальных сайтах Министерства здравоохранения Республики Татарстан, медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»,

проведение акций и мероприятий по привлечению внимания населения к здоровому образу жизни и формированию здорового образа жизни;

выявление медицинскими организациями, в том числе центрами здоровья, нарушений основных условий ведения здорового образа жизни, факторов риска развития неинфекционных заболеваний, включая риск пагубного потребления алкоголя, наркотических и психотропных веществ, определение степени их выраженности и опасности для здоровья;

оказание медицинских услуг по коррекции (устранению или снижению уровня) факторов риска развития неинфекционных заболеваний, профилактике осложнений неинфекционных заболеваний, включая направление пациентов по медицинским показаниям к врачам-специалистам, в том числе специализированных медицинских организаций, направление граждан с выявленным риском пагубного потребления алкоголя, наркотических и психотропных веществ к врачу-психиатру-наркологу медицинской организации, оказывающей наркологическую помощь;

проведение диспансеризации и профилактических медицинских осмотров граждан, включая взрослое население в возрасте 18 лет и старше, работающих и не работающих граждан, обучающихся в образовательных организациях по очной форме

обучения, пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, и других категорий населения в соответствии с порядками, установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации;

проведение диспансерного наблюдения за больными неинфекционными заболеваниями, а также за гражданами с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний в соответствии с порядками, установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации;

проведение дополнительного обследования пациентов по раннему выявлению онкологических заболеваний визуальных локализаций на стоматологическом приеме в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Республики Татарстан, в порядке, установленном Министерством здравоохранения Республики Татарстан;

проведение углубленных медицинских осмотров граждан пожилого возраста и инвалидов, проживающих в домах-интернатах для престарелых и инвалидов в Республике Татарстан;

проведение углубленных медицинских осмотров граждан, пострадавших вследствие аварии на Чернобыльской атомной электростанции, и приравненных к ним граждан;

проведение скрининговых обследований женщин в возрасте 50 - 69 лет, за исключением подлежащих диспансеризации, в целях раннего выявления злокачественных новообразований молочных желез в порядке, утвержденном Министерством здравоохранения Республики Татарстан;

проведение цитологических скрининговых обследований женщин от 18 лет и старше, за исключением подлежащих диспансеризации, на выявление патологии шейки матки в рамках первичных посещений врачей - акушеров-гинекологов и средних медицинских работников (акушерок) смотровых кабинетов в порядке, установленном Министерством здравоохранения Республики Татарстан (с периодичностью один раз в два года);

проведение мероприятий по диспансеризации инвалидов и ветеранов Великой Отечественной войны, супругов погибших (умерших) инвалидов и участников Великой Отечественной войны, лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда», бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто и других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период Второй мировой войны;

проведение мероприятий по профилактике аборт;

проведение профилактических осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также в образовательных организациях высшего образования в целях раннего (своевременного) выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

## **5. Условия бесплатного оказания скорой медицинской помощи**

5.1. Скорая медицинская помощь населению осуществляется медицинскими организациями независимо от их территориальной и ведомственной подчиненности и формы собственности, медицинскими работниками.

5.2. Скорая медицинская помощь населению оказывается круглосуточно при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях).

5.3. Скорая медицинская помощь гражданам Российской Федерации и иным лицам, находящимся на ее территории, оказывается бесплатно.

5.4. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в следующих формах:

а) экстренной - при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

б) неотложной - при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

5.5. Время доезда к месту вызова бригады скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме не должно превышать 20 минут с момента передачи (принятия) вызова.

5.6. Скорая медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядком оказания скорой медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

**5.7. Оказание скорой медицинской помощи включает установление ведущего синдрома и предварительного диагноза заболевания (состояния), осуществление мероприятий, способствующих стабилизации или улучшению состояния пациента.**

5.8. При наличии медицинских показаний осуществляется медицинская эвакуация.

5.9. Медицинская эвакуация - транспортировка граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий).

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

5.10. Медицинская эвакуация может осуществляться с места происшествия или места нахождения пациента (вне медицинской организации), а также из медицинской организации, в которой отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий.

5.11. Выбор медицинской организации для доставки пациента производится исходя из тяжести состояния пациента, минимальной транспортной доступности до места расположения медицинской организации и профиля медицинской организации, куда будет доставляться пациент.

5.12. Во время проведения медицинской эвакуации осуществляется мониторинг состояния функций организма пациента и оказывается необходимая медицинская помощь.

5.13. Оказание медицинской помощи больным и пострадавшим, обратившимся

за помощью непосредственно на станцию скорой медицинской помощи, осуществляется в кабинете для приема амбулаторных больных.

5.14. Отсутствие страхового полиса и личных документов не является причиной отказа в вызове и оказании скорой помощи.

5.15. Оплата дежурств бригад скорой медицинской помощи при проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и других) осуществляется за счет средств организаторов указанных мероприятий.

## **6. Предоставление специализированной медицинской помощи**

6.1. Специализированная медицинская помощь оказывается в экстренной, неотложной и плановой формах. Медицинская помощь в неотложной или экстренной форме оказывается гражданам с учетом соблюдения установленных требований к срокам ее оказания.

6.2. Специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная, организуется в соответствии с Положением об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, утвержденным приказом Министерством здравоохранения Российской Федерации от 2 декабря 2014 г. № 79бн.

6.3. Специализированная медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи (по профилям) и на основе стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также в соответствии с клиническими рекомендациями и руководствами, другими нормативными правовыми документами.

6.4. Госпитализация для лечения пациента в условиях круглосуточного или дневного стационаров осуществляется по медицинским показаниям, которые определяются лечащим врачом или врачебной комиссией медицинской организации. При самостоятельном обращении гражданина в медицинскую организацию медицинские показания определяет врач-специалист данной медицинской организации.

6.5. Госпитализация в стационар в экстренной форме осуществляется при внезапных острых заболеваниях (состояниях), обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, по направлению врача (фельдшера, акушерки), в том числе в порядке перевода из другой медицинской организации, врача (фельдшера) скорой медицинской помощи, а также самостоятельно обратившихся больных.

6.6. При оказании специализированной медицинской помощи в неотложной форме проведение осмотра пациента осуществляется не позднее двух часов с момента поступления пациента в приемное отделение (дневной стационар) медицинской организации.

6.7. Госпитализация в стационар в плановой форме осуществляется по направлению лечащего врача медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь (в том числе первичную специализированную), при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи.

6.8. Лечение сопутствующих заболеваний проводится в случае обострения и их влияния на тяжесть и течение основного заболевания.

6.9. Пациент имеет право на получение лечебного питания с учетом особенностей течения основного и сопутствующего заболеваний.

6.10. Установление предварительного и клинического диагнозов, осмотры врачами и заведующими профильными отделениями, проведение диагностического и лечебного этапов, ведение первичной медицинской документации осуществляется с учетом критериев оценки качества медицинской помощи, которые регламентированы приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 июля 2015 г. № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

6.11. Выписка пациента из стационара и дневного стационара осуществляется на основании следующих критериев:

установление клинического диагноза;

стабилизация лабораторных показателей патологического процесса основного и сопутствующего заболевания, оказывающего влияние на тяжесть и течение основного заболевания;

достижение запланированного результата, выполнение стандарта медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (за исключением случаев перевода в другие медицинские организации с целью выполнения порядков оказания и стандартов медицинской помощи).

6.12. Высокотехнологичная медицинская помощь за счет средств бюджета Республики Татарстан гарантируется бесплатно гражданам Российской Федерации, проживающим на территории Республики Татарстан, по видам, включенным в раздел II приложения к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2015 г. № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год».

Гражданам Российской Федерации, постоянно проживающим в других субъектах Российской Федерации, оказание высокотехнологичных видов медицинской помощи осуществляется в экстренных случаях при отсутствии альтернативных видов медицинской помощи, если иное не предусмотрено договорами между субъектами Российской Федерации и Республикой Татарстан.

Высокотехнологичная медицинская помощь гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на территории Республики Татарстан, в плановом порядке оказывается за счет средств федерального бюджета в федеральных специализированных медицинских организациях в рамках квот, выделенных для жителей субъектов Российской Федерации по месту постоянного проживания, в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации.

В целях обеспечения доступности специализированной медицинской помощи осуществляются телемедицинские консультации пациентов врачами-специалистами медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, с использованием современных информационно-коммуникационных технологий в соответствии с требованиями, установленными Министерством здравоохранения Республики Татарстан.

**7. Условия пребывания в медицинских организациях при оказании медицинской помощи в стационарных условиях**

7.1. Размещение пациентов производится в палаты на три и более мест. При

отсутствии в профильном отделении свободных мест допускается размещение пациентов, поступивших по экстренным показаниям, вне палаты на срок не более суток.

7.2. При госпитализации детей в возрасте семи лет и старше без родителей мальчики и девочки размещаются в палатах отдельно.

7.3. При госпитализации ребенка одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю предоставляется право на бесплатное совместное нахождение с ребенком в течение всего периода лечения.

При совместном нахождении родителя, иного члена семьи или иного законного представителя с ребенком (в возрасте до четырех лет включительно), а с ребенком старше данного возраста - при наличии медицинских показаний с указанных лиц не взимается плата за предоставление спального места и питания.

7.4. При госпитализации детей в плановой форме должна быть представлена справка об отсутствии контакта с контагиозными инфекционными больными в течение 21 дня до дня госпитализации.

7.5. Питание, проведение лечебно-диагностических манипуляций, лекарственное обеспечение производятся с даты поступления в стационар.

Обеспечение лечебным питанием осуществляется в соответствии с порядком, установленным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

7.6. Отцу ребенка или иному члену семьи предоставляется право при наличии согласия женщины с учетом состояния ее здоровья присутствовать при рождении ребенка, за исключением случаев оперативного родоразрешения, при наличии в учреждении родовспоможения соответствующих условий (индивидуальных родовых залов) и отсутствии у отца или иного члена семьи контагиозных инфекционных заболеваний. Реализация такого права осуществляется без взимания платы с отца ребенка или иного члена семьи.

## **8. Условия размещения пациентов в маломестных боксах**

Пациенты, имеющие медицинские и (или) эпидемиологические показания, установленные в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 535н «Об утверждении перечня медицинских и эпидемиологических показаний к размещению пациентов в маломестных палатах (боксах)», размещаются в маломестных палатах (боксах) с соблюдением санитарно-эпидемиологических правил и нормативов.

## **9. Условия предоставления детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, в случае выявления у них заболеваний медицинской помощи всех видов, включая специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь**

Обеспечение медицинской помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, осуществляется в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 14 февраля 2013 г. № 116 «О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей».

Медицинское обследование детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей, помещаемых под надзор в организации для детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей, осуществляется в соответствии с порядком, установленным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Оказание медицинской помощи, включая специализированную, в том числе

высокотехнологичную, осуществляется указанной категории граждан в приоритетном порядке.

## **10. Порядок предоставления транспортных услуг при сопровождении медицинским работником пациента, находящегося на лечении в стационарных условиях**

10.1. При невозможности оказания медицинской помощи гражданину, находящемуся на лечении в медицинской организации и нуждающемуся в оказании медицинской помощи в экстренной форме, в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи и порядком оказания медицинской помощи по соответствующему профилю руководителем медицинской организации обеспечивается организация оказания скорой специализированной медицинской помощи и медицинской эвакуации в порядках, определяемых Министерством здравоохранения Российской Федерации и Министерством здравоохранения Республики Татарстан.

10.2. В целях выполнения порядков оказания и стандартов медицинской помощи в случае необходимости проведения пациенту, находящемуся на лечении в стационарных условиях, диагностических исследований при отсутствии возможности их проведения в медицинской организации руководителем медицинской организации обеспечивается транспортировка пациента санитарным транспортом медицинской организации в сопровождении медицинского работника в другую медицинскую организацию и обратно.

Транспортные услуги и диагностические исследования предоставляются пациенту без взимания платы.

Транспортировка в медицинскую организацию, предоставляющую медицинскую услугу, осуществляется в порядке, установленном Министерством здравоохранения Республики Татарстан.

Оказание медицинской помощи в другой медицинской организации, предоставляющей медицинскую услугу, осуществляется в порядке, установленном Министерством здравоохранения Республики Татарстан.

## **11. Сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, в том числе сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов**

11.1. Организация приема медицинскими работниками пациентов в амбулаторных условиях (предварительная запись, самозапись больных на амбулаторный прием) и порядок вызова врача на дом (указание телефонов, по которым регистрируются вызовы врача на дом, удобный режим работы регистратуры) и оказание медицинской помощи на дому регламентируются Министерством здравоохранения Республики Татарстан и внутренними правилами работы медицинской организации. В целях упорядочения оказания плановой медицинской помощи осуществляется запись пациентов, в том числе в электронном виде.

При оказании медицинской помощи предусматривается, что:

срок ожидания оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме не должен превышать двух часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию;

срок ожидания приема врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом) не должен превышать 24 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию;

срок проведения консультаций врачей-специалистов при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в плановой форме не должен превышать 14 календарных дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию;

срок проведения диагностических инструментальных (рентгенографических исследований, включая маммографию, функциональной диагностики, ультразвуковых исследований) и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи не должен превышать 14 календарных дней со дня их назначения;

срок проведения компьютерной томографии (включая однофотонную эмиссионную компьютерную томографию), магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме не должен превышать 30 календарных дней со дня их назначения.

В медицинской карте амбулаторного больного указываются даты назначения и проведения консультации и (или) исследования.

Консультации врачей-специалистов осуществляются по направлению лечащего врача медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, где прикреплен пациент.

11.2. Специализированная, за исключением высокотехнологичной, медицинская помощь в стационарных условиях в плановой форме предоставляется гражданам в порядке очередности в рамках установленных объемов медицинской помощи по Территориальной программе ОМС и государственного задания по реализации Программы.

Максимальный срок ожидания не может превышать 30 календарных дней с даты выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию (при условии обращения пациента на госпитализацию в рекомендуемые лечащим врачом сроки).

Очередность оказания стационарной медицинской помощи в плановой форме зависит от степени тяжести состояния пациента, выраженности клинических симптомов, требующих госпитального режима, активной терапии и круглосуточного медицинского наблюдения при условии, что отсрочка оказания медицинской помощи на определенное время не повлечет за собой ухудшения состояния здоровья и угрозы жизни пациента.

В медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь, ведется лист ожидания оказания специализированной медицинской помощи в плановой форме по каждому профилю медицинской помощи. Информирование граждан о сроках ожидания госпитализации осуществляется в доступной форме, в том числе с использованием информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных.

Спорные и конфликтные случаи, касающиеся плановой госпитализации, решаются врачебной комиссией медицинской организации, в которую пациент направлен на госпитализацию.

11.3. Очередность оказания высокотехнологичной медицинской помощи в плановой форме определяется листом ожидания медицинской организации, оказывающей высокотехнологичную медицинскую помощь в рамках установленного задания (далее - лист ожидания). Типовая форма и порядок ведения листа ожидания устанавливаются Министерством здравоохранения Республики Татарстан.

11.4. Порядок отбора и направление пациентов в медицинские организации для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения, в том числе ведение листов ожидания, утверждаются Министерством здравоохранения Республики

Татарстан.

Информирование граждан о сроках ожидания оказания вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) осуществляется в доступной форме, в том числе с использованием информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных.

Приложение 4

## **12. Порядок реализации установленного законодательством Российской Федерации права внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан в медицинских организациях, участвующих в Программе**

**12.1.** Право на внеочередное оказание медицинской помощи имеют следующие категории граждан:

- Герои Советского Союза;
- Герои Российской Федерации;
- полные кавалеры ордена Славы;
- члены семей Героев Советского Союза, Героев Российской Федерации и полных кавалеров ордена Славы;
- Герои Социалистического Труда;
- полные кавалеры ордена Трудовой Славы;
- вдовы (вдовцы) Героев Социалистического Труда или полных кавалеров ордена Трудовой Славы, не вступившие в повторный брак (независимо от даты смерти (гибели) Героя Социалистического Труда или полного кавалера ордена Трудовой Славы);
- лица, награжденные знаком «Почетный донор России», «Почетный донор СССР»;
- граждане, подвергшиеся воздействию радиации вследствие Чернобыльской катастрофы, и приравненные к ним категории граждан;
- граждане, признанные пострадавшими от политических репрессий;
- реабилитированные лица;
- инвалиды и участники войн;
- ветераны боевых действий;
- военнослужащие, проходившие военную службу в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии, в период с 22 июня 1941 года по 3 сентября 1945 года не менее шести месяцев, военнослужащие, награжденные орденами или медалями СССР за службу в указанный период;
- лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда»;
- нетрудоспособные члены семей погибших (умерших) инвалидов войн, участников Великой Отечественной войны и ветеранов боевых действий, состоявшие на их иждивении и получающие пенсию по случаю потери кормильца (имеющие право на ее получение);
- лица, работавшие в период Великой Отечественной войны на объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, на строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и на других военных объектах в пределах тыловых границ действующих фронтов, операционных зон

действующих флотов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог; дети-инвалиды и дети, оставшиеся без попечения родителей; инвалиды, имеющие ограничение функции передвижения.

12.2. Основанием для внеочередного оказания медицинской помощи является документ, подтверждающий льготную категорию граждан.

Во внеочередном порядке медицинская помощь предоставляется в следующих условиях:

амбулаторно;

стационарно (кроме высокотехнологичной медицинской помощи).

Порядок внеочередного оказания медицинской помощи:

плановая медицинская помощь в амбулаторных условиях оказывается гражданам во внеочередном порядке по месту прикрепления. Плановые консультации, диагностические и лабораторные исследования осуществляются в пятидневный срок, исчисляемый в рабочих днях, с даты обращения, зарегистрированной у лечащего врача;

плановые консультации, диагностические и лабораторные исследования в консультативных поликлиниках, специализированных поликлиниках и диспансерах - в десятидневный срок, исчисляемый в рабочих днях, с даты обращения гражданина;

при оказании плановой медицинской помощи в стационарных условиях срок ожидания плановой госпитализации не должен составлять более 14 рабочих дней;

медицинские организации по месту прикрепления организуют в установленном в медицинской организации порядке учет льготных категорий граждан и динамическое наблюдение за состоянием их здоровья;

в случае обращения нескольких граждан, имеющих право на внеочередное оказание медицинской помощи, плановая помощь оказывается в порядке поступления обращений.

Приложение 5

**13. Порядок обеспечения граждан лекарственными препаратами, а также медицинскими изделиями, включенными в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, лечебным питанием, в том числе специализированными продуктами лечебного питания, по назначению врача, а также донорской кровью и ее компонентами по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи с учетом видов, условий и форм оказания медицинской помощи, за исключением лечебного питания, в том числе специализированных продуктов питания, по желанию пациента**

13.1. При оказании в рамках Программы первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, паллиативной медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным законом от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», и медицинскими изделиями, включенными в утвержденный Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм

человека.

Обеспечение граждан лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения, лечебным питанием, в том числе специализированными продуктами лечебного питания, осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке.

Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи и (или) перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, допускается в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии. Решение врачебной комиссии фиксируется в медицинских документах пациента и журнале врачебной комиссии.

13.2. При проведении лечения в амбулаторных условиях лекарственное обеспечение осуществляется за счет личных средств граждан, за исключением отдельных категорий граждан, имеющих право на получение соответствующих мер социальной поддержки, установленных федеральным законодательством или законодательством Республики Татарстан.

13.3. Назначение лекарственных препаратов и выписка рецептов осуществляется:

лечащим врачом;

врачом, фельдшером, акушеркой выездной бригады скорой помощи;

фельдшером, акушеркой в иных случаях, установленных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. № 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты».

13.4. Лечащий врач, рекомендуя лекарственный препарат, медицинское изделие, специализированный продукт лечебного питания или заменитель грудного молока, обязан информировать пациента о возможности получения им соответствующих лекарственных препарата, медицинского изделия, специализированного продукта лечебного питания или заменителя грудного молока без взимания платы согласно законодательству Российской Федерации.

13.5. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется обеспечение:

бесплатно необходимыми лекарственными препаратами для медицинского применения по рецептам на лекарственные препараты, медицинскими изделиями по рецептам на медицинские изделия, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, по рецептам врача (фельдшера) в рамках перечней, утвержденных Правительством Российской Федерации;

бесплатно лекарственными препаратами, предназначенными для лечения

больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей по перечню заболеваний, утверждаемому Правительством Российской Федерации, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, по перечню лекарственных препаратов, утверждаемому Правительством Российской Федерации;

безвозмездно лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, специализированными продуктами лечебного питания граждан, имеющих право на безвозмездное обеспечение лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, специализированными продуктами лечебного питания, в соответствии с приложением № 2 к Программе.

Выписка рецептов на вышеуказанные лекарственные препараты, медицинские изделия, специализированные продукты лечебного питания осуществляется врачами (фельдшерами), имеющими право на выписку указанных рецептов, в медицинских организациях, включенных в соответствующий справочник Министерством здравоохранения Республики Татарстан.

Отпуск лекарственных препаратов, медицинских изделий, специализированных продуктов лечебного питания, предоставляемых гражданам безвозмездно, осуществляется в специализированных аптечных организациях. Прикрепление медицинских организаций к соответствующим аптечным организациям осуществляется в порядке, определенном Министерством здравоохранения Республики Татарстан.

Категории граждан, имеющих право на безвозмездное лекарственное обеспечение за счет средств бюджета Республики Татарстан, определены постановлением Кабинета Министров Республики Татарстан от 17.01.2005 № 4 «Об утверждении Перечня категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей безвозмездно».

Безвозмездное обеспечение детей первых трех лет жизни лекарственными препаратами предусмотрено Законом Республики Татарстан от 8 декабря 2004 года № 63-ЗРТ «Об адресной социальной поддержке населения в Республике Татарстан» и осуществляется по перечню в соответствии с приложением № 2 к Программе (в соответствии с Федеральным законом от 22 августа 2004 года № 122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» и Законом Республики Татарстан от 8 декабря 2004 года № 63-ЗРТ «Об адресной социальной поддержке населения в Республике Татарстан» с 1 января 2005 года произведена замена льгот, предоставляемых ранее в натуральной форме (лекарственные препараты по рецептам врачей с 50-процентной скидкой), на денежные выплаты).

13.6. Перечень необходимых лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании в рамках Программы стоматологической помощи утверждается Министерством здравоохранения Республики Татарстан.

13.7. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях по медицинским показаниям осуществляется бесплатное обеспечение граждан донорской кровью и ее компонентами в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25 ноября 2002 г. № 363 «Об утверждении Инструкции по применению компонентов крови».

13.8. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях и паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется бесплатное обеспечение больных, рожениц и родильниц лечебным питанием, включая специализированное лечебное питание по назначению врача, в соответствии со стандартами медицинской помощи, за исключением лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, по желанию пациента. Лечебное питание предоставляется не реже 3 раз в день согласно физиологическим нормам, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

При оказании первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в условиях дневных стационаров обеспечение пациентов лечебным питанием не предусматривается, за исключением дневных стационаров психиатрического, наркологического, фтизиатрического, педиатрического и эндокринологического профилей, при этом в дневных стационарах должно быть предусмотрено место для приема пищи пациентами.

## Приложение 6

### **14. Порядок оказания медицинской помощи иностранным гражданам**

Иностранным гражданам, временно или постоянно проживающим (временно пребывающим) в Российской Федерации, медицинская помощь оказывается в соответствии с Правилами оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 6 марта 2013 г. № 186 «Об утверждении Правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации».

Медицинская помощь в экстренной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни, оказывается иностранным гражданам бесплатно.

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

Медицинская помощь в неотложной форме (за исключением скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи) и плановой форме оказывается в соответствии с договорами о предоставлении платных медицинских услуг либо договорами добровольного медицинского страхования и (или) заключенными в пользу иностранных граждан договорами в сфере ОМС.

Иностранным гражданам, застрахованным по ОМС на территории Российской Федерации, медицинская помощь оказывается в порядке, установленном законодательством в сфере ОМС.

## **15. Порядок информирования граждан о деятельности медицинской организации**

В соответствии с федеральными законами от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» медицинская организация размещает на своем официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», а также на информационных стендах в каждом обособленном подразделении медицинской организации (фельдшерско-акушерском пункте, врачебной амбулатории, участковой больнице, приемном отделении стационара, поликлинике, родильном доме и т.д.), в местах, доступных для ознакомления, информацию:

- об осуществляемой медицинской деятельности, видах, условиях предоставления медицинской помощи;

- о порядке и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с Программой;

- о режиме работы;

- о медицинских работниках медицинской организации, об уровне их образования и квалификации;

- о видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи;

- о правах и обязанностях пациентов;

- о показателях доступности и качества медицинской помощи;

- о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;

- 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.

Медицинская организация предоставляет страховым медицинским организациям и ТФОМС Республики Татарстан место для размещения информационных материалов (стендов, брошюр, памяток, плакатов) о правах застрахованных лиц в сфере ОМС.

Медицинская организация обязана информировать граждан о возможности получения медицинской помощи в рамках Программы.

**Целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Татарстан на 2016 год**

**Целевые значения критериев качества медицинской помощи**

Наименование показателя	Единица измерения	Целевой по- казатель на 2016 год
1	2	3
1. Удовлетворенность населения медицинской помощью,	% числа опрошенных	52
в том числе:		
городского населения		52
сельского населения		52
2. Смертность населения от болезней системы кровообра- щения	число умерших от болезней системы кровообращения на 100 тыс. человек населения	650,0
в том числе:		
городского населения		586,7
сельского населения		762,8
3. Смертность населения от злокачественных новообразо- ваний	число умерших от злокачественных новообразований на 100 тыс. человек населения	200,0
в том числе:		
городского населения		203,0
сельского населения		199,0
4. Смертность населения от туберкулеза	случаев на 100 тыс. человек населения	6,0
в том числе:		
городского населения		6,5
сельского населения		5,2
5. Смертность населения в трудоспособном возрасте	число умерших в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения	504,0

1	2	3
6. Смертность населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения	число умерших от болезней системы кровообращения в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения	165,0
7. Доля умерших в трудоспособном возрасте на дому в общем количестве умерших в трудоспособном возрасте	%	42,8
8. Материнская смертность	на 100 тыс. человек, родившихся живыми	10,4
9. Младенческая смертность	на 1000 человек, родившихся живыми	6,2
в том числе:		
городского населения		6,2
сельского населения		6,2
10. Доля умерших в возрасте до 1 года на дому в общем количестве умерших в возрасте до 1 года	%	9,0
11. Смертность детей в возрасте 0-4 лет	на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста	182,0
12. Доля умерших в возрасте 0-4 лет на дому в общем количестве умерших в возрасте 0-4 лет	%	18,5
13. Смертность детей в возрасте 0-17 лет	на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста	79,0
14. Доля умерших в возрасте 0-17 лет на дому в общем количестве умерших в возрасте 0-17 лет	%	14,0
15. Доля пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более, в общем числе пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете	%	55,0
16. Доля впервые выявленных случаев фиброзно-кавернозного туберкулеза в общем количестве выявленных случаев туберкулеза в течение года	%	не более 5
17. Доля впервые выявленных случаев онкологических заболеваний на ранних стадиях (I и II стадии) в общем количестве выявленных случаев онкологических заболеваний в течение года	%	58,0
18. Доля пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с инфарктом миокарда	%	52,0
19. Доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда	%	22,0
20. Доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведено стентирование коронарных артерий, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда	%	60,0

1	2	3
21. Доля пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, которым выездной бригадой скорой медицинской помощи проведен тромболизис, в общем количестве пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, которым оказана медицинская помощь выездными бригадами скорой медицинской помощи	%	13,0
22. Доля пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями	%	45,0
23. Доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия в первые 6 часов госпитализации, в общем количестве пациентов с острым ишемическим инсультом	%	3,9
24. Количество обоснованных жалоб, в том числе на отказ в оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной программы	единиц на 1000 человек населения	0,08

### Целевые значения критериев доступности медицинской помощи

1. Обеспеченность населения врачами,	на 10 тыс. человек населения, включая городское и сельское население	29,2
в том числе оказывающими медицинскую помощь в:		
амбулаторных условиях		17,0
стационарных условиях		16,6
2. Обеспеченность населения средним медицинским персоналом,	на 10 тыс. человек населения, включая городское и сельское население	88,7
в том числе оказывающим медицинскую помощь в:		
амбулаторных условиях		43,9
стационарных условиях		40,6
3. Средняя длительность лечения в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях	дни	10,8
4. Доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров в общих расходах на территориальную программу	%	8,5
5. Доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме в общих расходах на территориальную программу	%	1,2
6. Доля охвата профилактическими медицинскими осмотрами детей,	%	не менее 90,0
в том числе:		
городских жителей		не менее 90,0
сельских жителей		не менее 90,0

7. Доля пациентов, получивших специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, в общем числе пациентов, которым была оказана медицинская помощь в стационарных условиях в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования	%	0,35
8. Число лиц, проживающих в сельской местности, которым оказана скорая медицинская помощь	на 1000 человек сельского населения	207,0
9. Доля фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских пунктов, находящихся в аварийном состоянии и требующих капитального ремонта, в общем количестве фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских пунктов	%	12,0
10. Эффективность деятельности медицинских организаций, в том числе расположенных в городской и сельской местности на основе оценки:		
выполнения функции врачебной должности	коэффициент	0,96
показателей рационального использования коечного фонда	коэффициент	1,0
показателей целевого использования коечного фонда	коэффициент	1,0

## Приложение № 9

### Тарифное соглашение об оплате медицинской помощи по Территориальной программе обязательного медицинского страхования Республики Татарстан на 2016 год

г. Казань

от «14» января 2016 г.

Министерство здравоохранения Республики Татарстан в лице министра здравоохранения Республики Татарстан Вафина Аделя Юнусовича, государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан» (ТФОМС Республики Татарстан) в лице директора Мифтаховой Алсу Мансуровны,

Татарстанская организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Хуснутдиновой Гульнар Равильевны,

страховые медицинские организации, работающие в сфере обязательного медицинского страхования:

ООО «Страховое медицинское общество «Спасение» в лице генерального директора Глушкова Геннадия Николаевича,

ООО «Страховая компания «АК БАРС-Мед» в лице генерального директора Гарифуллина Линара Рустамовича,

ООО Страховая медицинская организация «Чулпан-Мед» в лице исполнительного директора Калимуллина Анвара Рамилевича,

некоммерческое партнерство «Ассоциация медицинских работников Республики Татарстан» в лице представителя Шарафутдинова Ильнура Хасановича,

именуемые в дальнейшем «Сторонами», заключили Тарифное соглашение об оплате медицинской помощи по Территориальной программе обязательного медицинского страхования Республики Татарстан на 2016 год (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем.

#### Раздел I. Общие положения

1. Настоящее Тарифное соглашение разработано и заключается в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом Российской Федерации от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 №158н, Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010

№230, Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 №200, разъяснениями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.12.2015 №11-9/10/2-7796 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год», Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Татарстан на 2016 год, утвержденной постановлением Кабинета Министров Республики Татарстан от 25.12.2015 №975.

2. Предметом Тарифного соглашения являются согласованные Сторонами структура тарифов на оплату медицинской помощи, размер тарифов на медицинские услуги в разрезе видов, форм и условий оказания медицинской помощи на 2016 год, а также способы оплаты медицинской помощи при реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Татарстан на 2016 год (далее - Территориальная программа ОМС).

3. Тарифное соглашение определяет и устанавливает:

размер и структуру тарифов на оплату медицинской помощи (раздел II Тарифного соглашения);

способы оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам в рамках Территориальной программы ОМС (раздел III Тарифного соглашения);

размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (раздел IV Тарифного соглашения).

4. Тарифное соглашение регулирует правоотношения Сторон и медицинских организаций, возникающие при реализации Территориальной программы ОМС, и заключено на основании решения Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Татарстан (далее – Комиссия), состав которой утвержден распоряжением Кабинета Министров Республики Татарстан от 17 ноября 2014 г. № 2315-р.

5. Основные понятия и определения

5.1. **Медицинская организация** - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. К медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

**5.2. Прикрепленное застрахованное лицо** – лицо, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Татарстан согласно данным регионального сегмента единого регистра застрахованных, зарегистрированное в порядке, установленном Регламентом учета регистрации застрахованных лиц в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Республики Татарстан, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Республики Татарстан от 10.07.2013 N1259, в программном средстве «Регистр прикрепленного населения» медицинской организацией на основании заявления о выборе медицинской организации или (до подачи заявления о выборе медицинской организации) проживающего на территории обслуживания медицинской организации.

**5.3. Подушевой норматив финансирования в амбулаторных условиях** - объем средств на осуществление деятельности медицинской организации по оказанию медицинской помощи, финансируемой по подушевому нормативу, в расчете на одно застрахованное лицо, прикрепленное к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, в месяц.

**5.4. Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации** (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами, скорой медицинской помощи, оказываемой при заболеваниях и состояниях, не входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования, скорой медицинской помощи с проведением тромболитика, скорой медицинской помощи, оказываемой незастрахованному контингенту населения и населению, застрахованному в других субъектах Российской Федерации) – объем средств на осуществление деятельности медицинской организации по оказанию скорой медицинской помощи в расчете на 1 застрахованного гражданина, зарегистрированного по месту жительства территории обслуживания станцией (отделением) скорой медицинской помощи, в месяц.

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

**5.6. Стандарт медицинской помощи** – документ, утвержденный Минздравом России, включающий усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения:

- 1) медицинских услуг;
- 2) зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения;

- 3) медицинских изделий, имплантируемых в организм человека;
- 4) компонентов крови;
- 5) видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания;
- 6) иного исходя из особенностей заболевания (состояния).

**5.7. Посещение** – единица объема медицинской помощи в амбулаторных условиях, контакт пациента с врачом или средним медицинским работником, ведущими амбулаторный (в том числе консультативный) прием, в поликлинике (врачебной амбулатории), диспансере, женской консультации, ФАП при посещении пациентом врача (среднего медицинского работника) или посещении пациента врачом (средним медицинским работником) на дому. В указанное посещение включаются осмотр пациента, врачебные, сестринские медицинские вмешательства и медицинские услуги, с последующей записью об их выполнении в медицинской карте амбулаторного больного в установленном порядке.

**5.8. Посещение в приемном (приемно-диагностическом) отделении стационара** – законченный случай оказания медицинской помощи больному в неотложной форме, не госпитализированному в данный стационар.

В указанное посещение включаются осмотр врача, проведение диагностических исследований и лечебных мероприятий, при необходимости, консультации других врачей – специалистов.

Учет посещений производится по формам № 001/у «Журнал учёта приёма больных и отказов в госпитализации» и № 025-10/уТ-16 «Талон амбулаторного пациента».

**5.9. Обращение** – единица объема медицинской помощи в амбулаторных условиях, включающая законченный случай медицинской помощи по поводу лечения заболевания (проведения медицинских услуг), при кратности не менее двух посещений к врачу одной врачебной специальности по поводу одного и того же основного заболевания. Исход обращения (результат обращения) отмечается в Талоне амбулаторного пациента только при последнем посещении больного.

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

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

**5.12. Случай госпитализации** – случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого

осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

**5.13. Оплата медицинской помощи по КСГ** – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратно-емкости и поправочных коэффициентов.

**5.14. Базовая ставка (средняя стоимость законченного случая лечения по КСГ)** в стационарных условиях и в условиях дневного стационара – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Татарстан, а также с учетом других параметров, предусмотренных методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС.

**5.15. Коэффициент относительной затратно-емкости по КСГ** – величина, отражающая отношение затратно-емкости КСГ к базовой ставке при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, в соответствии с методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС.

**5.16. Поправочные коэффициенты** – устанавливаемые в Республике Татарстан коэффициенты подуровня оказания медицинской помощи и сложности лечения пациентов.

**5.17. Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи** – устанавливаемая в Республике Татарстан величина, позволяющая учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи.

**5.18. Коэффициент сложности лечения пациентов** – устанавливаемая в Республике Татарстан величина, учитывающая более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи в связи со сложностью лечения.

**5.19. Подгруппа в составе КСГ** – группа заболеваний, выделенная в составе клинко-статистической группы заболеваний с учетом дополнительных классификационных критериев, в том числе устанавливаемых в Республике Татарстан, для которой установлен коэффициент относительной затратно-емкости, отличный от коэффициента относительной затратно-емкости по клинко-статистической группе, с учетом установленных правил выделения и применения подгрупп.

**5.20. Норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи при оказании ВМП в соответствии с перечнем видов ВМП** – норматив финансовых затрат законченного случая лечения в стационарных условиях и условиях дневных стационаров в расчете на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов

высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего в том числе методы лечения), финансирование которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования. Норматив финансовых затрат при оказании ВМП учитывает финансовые затраты в расчете на 1 койко-день, среднюю длительность пребывания пациента в стационаре и дополнительные расходы на дорогостоящие медикаменты и расходные материалы с учетом частоты их применения и стоимости курса лечения.

## **Раздел II. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи**

1. Тарифы на оплату медицинской помощи (далее – тарифы) рассчитываются на единицу объема предоставления медицинской помощи в соответствии с установленным плановым заданием по Территориальной программе ОМС.

2. Тарифы за счет средств ОМС рассчитываются в соответствии с разделом XI «Методика расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н, методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, разработанными рабочей группой Министерства здравоохранения Российской Федерации (письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2015 № 11-9/10/2-7938 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24.12.2015 №8089/21-и).

3. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, тарифы на оплату единиц объема предоставления медицинской помощи в разрезе условий её оказания, размер подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем видов медицин медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется в амбулаторных условиях по подушевому нормативу, размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, перечень КСГ с указанием коэффициентов относительной затратноемкости, размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ, поправочные коэффициенты оплаты КСГ при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров, тарифы, применяемые для оплаты прерванных случаев лечения, тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением ВМП, тарифы на оплату вызовов скорой медицинской помощи, тарифы на оплату медицинских услуг при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях приведены в приложении I к Тарифному соглашению.

### **Раздел III. Способы оплаты медицинской помощи**

1. Оплата медицинской помощи, оказанной по Территориальной программе ОМС, производится в соответствии со способами оплаты, установленными постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 №1382 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год».

2. Оплата производится страховыми медицинскими организациями в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – договор), заключаемым с медицинскими организациями, включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Татарстан, на 2016 год и которым решением Комиссии установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащей оплате за счет средств обязательного медицинского страхования.

3. Оплата осуществляется в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, утвержденными в разрезе условий её оказания (далее – способы оплаты), в пределах стоимости установленного планового задания с учетом финансовых санкций. Порядок применения способов оплаты приведен в приложении II к Тарифному соглашению.

### **Раздел IV. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества**

Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, производится по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, проводимых в соответствии с порядком, установленным Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

В случае невыполнения медицинской организацией объема и качества медицинской помощи или отказа в оказании медицинской помощи застрахованному гражданину медицинская организация несет ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации и условиями заключенных договоров.

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества приведен в приложении 3 к Тарифному соглашению.

При проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию могут учитываться данные медицинских информационных

систем (в том числе электронные медицинские карты, протоколы диагностических исследований из архивной электронной базы).

## **Раздел V. Заключительные положения**

1. Действие Тарифного соглашения распространяется на медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по Территориальной программе ОМС Республики Татарстан.

2. Медицинские организации осуществляют расходование средств, предусмотренных Тарифным соглашением, в соответствии с утвержденным в установленном порядке финансово-хозяйственным планом в пределах объемов финансовых поступлений по ОМС.

3. Медицинские организации осуществляют расходование средств ОМС, указанных в пунктах 5.4 - 5.8, 5.9.2, 5.10, 5.11, 5.12.5, 5.12.8, 5.12.9 раздела II приложения 1 к Тарифному соглашению, только при условии обеспечения нормативных затрат, необходимых для оказания медицинской помощи в соответствии с законодательством об охране здоровья граждан.

4. Расходование средств ОМС по статьям бюджетной классификации, в том числе выплаты стимулирующего характера за качество выполняемых работ, премиальные и иные поощрительные выплаты, осуществляется в пределах фактического дохода медицинской организации с соблюдением согласованной Министерством здравоохранения Республики Татарстан и ТФОМС Республики Татарстан структуры расходов медицинской организации.

Приложение 6  
к Способам оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Татарстан

### **Способы оплаты первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях.**

**1. Способ финансирования и оплаты первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях за посещение, за обращение (за исключением медицинской помощи, финансируемой по подушевому нормативу, диспансеризации определенных групп взрослого населения, диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, профилактических и периодических медицинских осмотров**

**несовершеннолетних, медицинского обследования детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, помещаемых под надзор в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей)**

1.1. Оплата первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях производится по тарифам на одно:

- обращение при оказании медицинской помощи по поводу заболевания;
- посещение при оказании медицинской помощи с профилактическими и иными целями;
- посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме.

Тарифы на 1 обращение по поводу заболевания определены с учетом кратности посещений в одном обращении и дифференцированы по основным специальностям с учетом рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования по способам оплаты:

Специальность	Усредненное количество посещений в одном обращении по поводу заболевания
Дерматология	4,2

Тарифы посещений и обращений определены с учетом относительных коэффициентов стоимости посещения/обращения и дифференцированы по основным специальностям с учетом методических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования и корректировок, учитывающих территориальные особенности.

Стоимость посещений и обращений в персонифицированных реестрах счетов (за исключением стоматологической помощи) определяется по соответствующему тарифу с учетом коэффициента подуровня оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, за исключением консультативно-диагностических обращений по профилю "онкология" и "кардиология", а также посещений в неотложной форме с целью профилактики бешенства и клещевого энцефалита.

1.2. Учет обращений по поводу заболевания осуществляется на основе учетной формы № 025-10/уТ-16 «Талон амбулаторного пациента»<sup>1</sup>.

В случаях, если в рамках законченного случая лечения заболевания были

---

<sup>1</sup> К обращениям по поводу заболевания относятся случаи поликлинического обслуживания (далее – СПО) с целями первичного обращения: лечебно-диагностическая – 1; консультативная - 2; диспансерное наблюдение - 3; реабилитация - 5 (кодировка значений поля «Цель первичного обращения» ТАП приведена в «Краткой инструкции по заполнению ТАП» - письмо РМИАЦ №10/02).

К обращениям по поводу заболевания при оказании стоматологической помощи относится совокупность медицинских услуг (в соответствии с Классификатором основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в УЕТ), вне зависимости от нозологических форм заболеваний в соответствии с МКБ-10 при кратности не менее двух посещений пациентом врача одной врачебной специальности, с целями обращения: лечебно-диагностическая – 1; консультативная - 2 (кодировка значений поля «Цель обращения» Листков ежедневного учета работы врача-стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета формы №037/уТ-13 - письмо РМИАЦ №01/28).

разовые посещения пациента к врачам других специальностей, в том числе выполненные в соответствии со стандартами /протоколами/ клиническими рекомендациями, указанные посещения формируются в реестрах счетов и оплачиваются по стоимости посещений с профилактическими и иными целями соответствующих врачебных специальностей при обязательном оформлении отдельных Талонов амбулаторного пациента (далее – ТАП) на каждое посещение.

В количество посещений, входящих в обращение по поводу заболевания, в том числе при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи при стоматологических заболеваниях, не входят посещения в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме.

Вид обращения «Консультативно-диагностическое обращение по профилю «онкология»:

- включает не менее двух посещений (консультаций) врача одной врачебной специальности и проведение не менее трех видов диагностических исследований: морфологических (биопсия, гистология, цитология), ультразвуковых (независимо от количества исследуемых органов), инструментальных (ФГДС, колоноскопия, кольпоскопия и т.д.);

- применяется для медицинских организаций в соответствии с установленным плановым заданием;

- применяется однократно в текущем месяце и выгружается в реестрах счетов с указанием медицинских услуг в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.12.2011 №1664н (в ред. от 10.12.2014) (далее – Номенклатура).

1.3. К посещениям в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме относятся виды посещений при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента.

Оказание медицинской помощи в неотложной форме лицам, обратившимся с признаками неотложных состояний, может осуществляться в амбулаторных условиях или на дому при вызове медицинского работника.

Учет посещений в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме осуществляется на основе учетной формы № 025-10/уТ-16 «Талон амбулаторного пациента»<sup>2</sup>.

Первое посещение в рамках случая поликлинического обслуживания по поводу лечения одного и того же заболевания при оказании медицинской помощи пациенту на дому (за исключением активных и патронажных посещений на дому) врачом терапевтом участковым, врачом педиатром участковым, врачом общей практики<sup>3</sup> и в травмпункте следует относить к

---

<sup>2</sup> с обязательным указанием цели первичного обращения «7 - оказание неотложной помощи».

<sup>3</sup> посещение врачом терапевтом участковым, врачом педиатром участковым, врачом общей практики пациента на дому по вызову, не являющееся первым посещением в рамках

посещениям в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме, оплата которой осуществляется по тарифу посещения в неотложной форме по соответствующей из указанных специальностей. Посещение на дому при оказании медицинской помощи пациенту врачами других специальностей следует относить:

- к посещению с консультативной целью и оплачивать по тарифу посещения с профилактическими и иными целями по соответствующей специальности (при одном посещении в рамках СПО);

- к обращению по поводу заболевания и оплачивать по тарифу обращения по поводу заболевания по соответствующей специальности (при двух и более посещениях в рамках СПО).

Посещения в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме не могут быть включены в состав посещений случаев поликлинического обслуживания по поводу заболевания и должны быть оформлены в виде отдельного Талона амбулаторного пациента.

1.4. К посещениям при оказании медицинской помощи с профилактическими и иными целями относятся следующие виды посещений:

- а) посещения с профилактической целью, в том числе:

  - центров здоровья (комплексный медицинский осмотр);

  - в связи с диспансеризацией определенных групп населения;

  - в связи с профилактическими медицинскими осмотрами в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации;

  - в связи с патронажем;

- б) посещения с иными целями, в том числе:

  - в связи с оказанием паллиативной медицинской помощи;

  - в связи с другими обстоятельствами (получением справки, других медицинских документов);

  - медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием (за исключением посещений в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме);

- в) разовые посещения в связи с заболеванием.

К посещениям с профилактическими и иными целями при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи при стоматологических заболеваниях относятся посещения:

- а) с профилактической целью:

  - при организации профилактических медицинских и периодических осмотров, которые организуются территориальным органом управления здравоохранения и проводятся согласно графика территориальной программы профилактики стоматологических заболеваний, а также графика индивидуальной диспансеризации населения в зависимости от степени риска,

---

обращения по поводу заболевания в одной медицинской организации, не квалифицируется как посещение в неотложной форме, отдельный ТАП с целью первичного обращения «7 - оказание неотложной помощи» не заполняется. Оплата указанного посещения на дому производится в рамках тарифа обращения по поводу заболевания.

особенности и активности течения стоматологических заболеваний в конкретном административном образовании;

- в планово-профилактическом порядке в дошкольных и общеобразовательных учреждениях, обследование пациентов по раннему выявлению онкологических заболеваний визуальных локализаций на стоматологическом приеме в порядке, установленном МЗ РТ;

б) разовые посещения в связи с заболеванием.

Все посещения, оформленные как в виде Талона амбулаторного пациента, так и в виде Талона медосмотра (формы № 025-10/уТ-16 «Талон амбулаторного пациента» и формы № 025-10/уТ-16-проф. «Талон медосмотра») со всеми целями, за исключением указанных в примечаниях, при оплате первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях отражаются в персонифицированных реестрах счетов как посещения с профилактическими и иными целями<sup>4</sup>.

При оказании медицинских услуг врачами акушерами-гинекологами с выполнением исследований на внутриутробные инфекции выбор соответствующего тарифа посещения или обращения по поводу заболевания зависит от цели обращения женщины к врачу акушеру-гинекологу.

Все посещения к среднему медицинскому персоналу смотровых кабинетов при проведении цитологического скрининга (проведение микроскопического исследования влагалищных мазков на атипичные клетки) квалифицируются как посещения с профилактическими и иными целями.

При формировании информации об оказанной медицинской помощи в ФАП посещения квалифицируются как посещения с профилактическими и иными целями, либо как посещения в неотложной форме.

Если медицинская помощь врачами подразделений, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и условиях дневных стационаров, была оказана амбулаторным больным при обращении данного пациента по поводу заболевания – оплата производится в рамках тарифа обращения по поводу заболевания при совпадении специальности лечащего врача и специальности врача подразделений, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и условиях дневных стационаров. При несовпадении специальности лечащего врача и специальности врача подразделений, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и условиях дневных стационаров - посещение к врачу подразделений, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и условиях дневных стационаров, оформляется отдельным ТАП и представляется к оплате по соответствующему тарифу посещения с профилактическими и иными целями.

---

<sup>4</sup> За исключением посещений, внесенных в ТАП, при проведении консультаций врачами подразделения, оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях пациентам, находящимся на лечении в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и условиях дневных стационаров. Указанные посещения в реестры счетов не включаются и за счет средств ОМС не оплачиваются.

1.6. При длительном лечении (более одного месяца) только в амбулаторных условиях отдельных нозологических форм заболеваний в рамках острого периода заболевания (травмы, перенесенный инсульт, послеоперационные состояния и т.д.), а также при наблюдении за беременными возможно формирование реестров счетов и оплата оказанной медицинской помощи за конкретный отчетный период (помесячно) как за обращение по поводу заболевания (при наличии двух или более посещений в текущем месяце), так и за посещение с профилактическими и иными целями (при наличии одного посещения пациента в текущем месяце).

Учитывая постоянный характер проводимого лечения в центрах (отделениях) гемодиализа пациентам с диагнозом в соответствии с МКБ-10 N18.5 «Хроническая болезнь почки, стадия 5» в реестрах счетов формируется информация о лечении данных пациентов в течение одного месяца. Оплата осуществляется ежемесячно по тарифу обращения «Проведение услуг диализа в амбулаторных условиях при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи», при этом тариф указанного обращения формируется по соответствующим тарифам услуг диализа (таблица 4 Приложения 5 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи), умноженным на их фактическое количество в текущем месяце. Коэффициент подуровня к тарифам услуг диализа не применяется.

1.7. При посещениях в неотложной форме в приемные и приемно-диагностические отделения медицинских организаций оплате подлежит посещение пациента к врачам и среднему медицинскому персоналу любых специальностей, в том числе к медицинскому персоналу пунктов скорой помощи во внерабочее время амбулаторно-поликлинического отделения (структурного подразделения) медицинской организации. Оплата производится по утвержденному в установленном порядке тарифу посещения в приемное отделение (приемно-диагностическое отделение). Информация в реестры счетов выгружается с обязательным указанием оказанных медицинских услуг в соответствии с Номенклатурой.

1.9. Оплата по тарифам на 1 обращение при оказании медицинской помощи по поводу заболевания пациентам, обратившимся до 1 января 2016 года, а закончившим лечение в 2016 году, производится в соответствии с тарифами на 1 обращение, установленными в 2016 году.

## **2. Способ оплаты первичной медико-санитарной помощи по подушевому нормативу финансирования**

2.1. По подушевому нормативу финансирования на 1 застрахованного на территории Республики Татарстан жителя, прикрепленного к поликлинике (поликлиническому отделению медицинской организации) (далее – подушевой норматив финансирования), предусмотрены:

а) посещения с профилактическими и иными целями и обращений по поводу заболевания к врачам-терапевтам, врачам-терапевтам участковым,

врачам-педиатрам, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), врачам-неврологам, врачам-хирургам, врачам-оториноларингологам, врачам-офтальмологам;

б) посещения с профилактическими и иными целями к медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным);

в) профилактические медицинские осмотры взрослого населения;

г) предварительные медицинские осмотры несовершеннолетних.

В подушевой норматив финансирования не входят посещения указанных врачебных специальностей:

- при оказании медицинской помощи в Центрах здоровья и в Центрах здоровья для детей;

- при оказании медицинской помощи в неотложной форме;

- при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Республики Татарстан.

2.2. Расчет подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях производится с учетом численности прикрепленного застрахованного населения, которая устанавливается ТФОМС Республики Татарстан в разрезе СМО и медицинских организаций на основании сведений регионального сегмента единого регистра застрахованных (РС ЕРЗ).

Величина подушевого норматива на осуществление деятельности медицинской организации в месяц в целом для муниципального образования республики (медицинской организации – юридического лица) (далее – подушевой норматив) определяется по алгоритму, приведенному в пункте 3 Приложения 3 к Способам оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам в рамках Территориальной программы ОМС.

2.3. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, приведен в таблице 1 Приложения 4 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях приведены в таблице 2 Приложения 4 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи.

Коэффициенты дифференциации, учитывающие уровень расходов на содержание имущества медицинских организаций, уровень расходов на содержание отдельных структурных подразделений (в том числе ФАПов), половозрастной коэффициент, рассчитанный для соответствующей медицинской организации, интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для медицинской организации, приведены в таблице 3 Приложения 4 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях для групп медицинских организаций, приведен в таблице 4 Приложения 4 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи.

Средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, определенный для каждой группы медицинских организаций и поправочный коэффициент приведены в таблице 5 Приложения 4 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи.

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях для групп медицинских организаций приведен в таблице 6 Приложения 4 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи.

2.4. Способ оплаты первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, финансируемой по подушевому нормативу, оказанной врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейным врачам), врачами-неврологами, врачами-хирургами, врачами-оториноларингологами, врачами-офтальмологами, медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов (подпункт «а» пункта 2.1 настоящего приложения).

2.4.1. Медицинские организации ежемесячно представляют персонифицированный реестр счета за оказанную медицинскую помощь, финансируемую по подушевому нормативу, в страховые медицинские организации по утвержденным в установленном порядке тарифам стоимости посещений или обращений. При формировании информации об оказанной медицинской помощи в реестрах счетов учитываются посещения с профилактическими и иными целями и обращения по поводу заболевания в порядке, изложенном в пункте 1 настоящего приложения.

Указанный реестр формируется и представляется на оплату отдельно от реестра счетов за оказанную медицинскую помощь, финансируемую по посещениям (обращениям), а также реестров счетов за оказанную медицинскую помощь при проведении диспансеризации, медицинских осмотров и медицинского обследования определенных групп взрослого и детского населения (пункты 1, 2.5, 2.6, 3 - 7 настоящего приложения).

При учете количества посещений, входящих в обращение по поводу заболевания, посещение к врачу-терапевту участковому и посещение к врачу общей практики (семейному врачу) в рамках лечения одного и того же заболевания должны рассматриваться как посещения к врачу одной врачебной специальности и в персонифицированных реестрах счетов применяется тариф обращения по поводу заболевания к врачу той врачебной специальности из указанных, к которому пациент обратился при последнем посещении по данному заболеванию.

В случае отсутствия врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) по объективным причинам (при неукомплектованности либо недостаточной укомплектованности медицинской организации, оказывающей первичную врачебную медико-санитарную помощь, или ее подразделений, повышение квалификации, увольнение и т.д.), при ведении самостоятельного приема специалистами сестринского дела (фельдшер, акушерка), в персонифицированных реестрах счетов выставляются посещения, связанные с первичным доврачебным амбулаторным приемом, по соответствующим тарифам посещений либо обращений в разрезе указанных врачебных специальностей.

Указанные посещения либо обращения, связанные с первичным доврачебным амбулаторным приемом, в персонифицированных реестрах счетов подлежат оплате только при возложении отдельных функций лечащего врача на фельдшера, акушерку приказом руководителя медицинской организации, в котором указываются в том числе причины возложения на фельдшера, акушерку отдельных функций лечащего врача, перечень отдельных функций лечащего врача, возлагаемых на фельдшера, акушерку.

При формировании информации об оказанной медицинской помощи в ФАП применяется правило – неоднократные посещения в течение дня больного к одному и тому же медицинскому работнику, включая посещения по поводу процедур, учитывается как одно посещение.

2.4.2. Оплата оказанной медицинской помощи, финансируемой по подушевому нормативу, производится страховыми медицинскими организациями ежемесячно в пределах планового размера финансового обеспечения по следующей формуле:

$$\Phi O_{\text{факт}} = \sum(O_{\text{мп}} * T), \text{ где:}$$

$\Phi O_{\text{факт}}$	–	размер финансового обеспечения <i>i</i> -ой медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, рублей;
$O_{\text{мп}}$	–	фактические объемы первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, посещений (обращений);
$T$	–	тариф за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, рублей.

2.6. Способ оплаты первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях при проведении профилактического медицинского осмотра взрослого населения.

2.6.1. Оплате подлежит случай проведения профилактического медицинского осмотра взрослого населения.

Оплата случая профилактического медицинского осмотра взрослого населения осуществляется по персонифицированным реестрам счетов, предоставляемым отдельно от реестров счетов, сформированных в соответствии с пунктами 1, 2.4, 2.5, 3 – 7 настоящего приложения.

Профилактический медицинский осмотр взрослого населения включает в себя перечень исследований и иных медицинских мероприятий, осмотр врачами-специалистами, утвержденные соответствующим приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации.

2.6.2. Профилактический медицинский осмотр считается законченным в случае выполнения не менее 85% от объема обследования, установленного для данного возраста и пола гражданина (с учетом исследований, выполненных ранее вне рамок профилактического медицинского осмотра (в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения профилактического медицинского осмотра) и отказов гражданина от прохождения отдельных исследований). Осмотры врачами-специалистами и исследования, выполненные вне рамок профилактического медицинского осмотра (в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения профилактического медицинского осмотра), и отказы гражданина от прохождения отдельных осмотров и исследований должны составлять не более 15% от объема обследования, установленного для данного возраста и пола гражданина. В объем профилактического медицинского осмотра могут быть включены (без оплаты):

- осмотры врачами-специалистами и исследования, выполненные по Территориальной программе ОМС РТ, в том числе в иных медицинских организациях;

- осмотры врачами-специалистами и исследования, осуществляемые в рамках обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических (в течение трудовой деятельности) медицинских осмотров (обследований), при других обязательных медицинских осмотрах (обследованиях), а также внеочередных медицинских осмотрах (обследованиях) по направлению работодателя в случаях, предусмотренных Трудовым Кодексом и иными федеральными законами.

Случай проведения профилактического медицинского осмотра взрослого населения оплачивается:

- по тарифу законченного случая медицинского осмотра в случае выполнения в период прохождения профилактического медицинского осмотра (от даты начала до даты окончания профилактического медицинского осмотра) полного объема медицинских услуг, установленных для данного возраста и пола гражданина (таблица 13 Приложения 4 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи);

- по тарифам отдельных медицинских услуг в случае выполнения в период прохождения профилактического медицинского осмотра (от даты начала до даты окончания профилактического медицинского осмотра) неполного объема медицинских услуг, установленных для данного возраста и пола гражданина (таблица 14 Приложения 4 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи).

При выявлении у гражданина в процессе профилактического медицинского осмотра медицинских показаний к проведению исследований и осмотров врачами-специалистами, не входящих в объем профилактического медицинского осмотра в соответствии с Перечнем исследований, они

назначаются и выполняются гражданину с учетом положений порядков оказания медицинской помощи по профилю выявленного или предполагаемого заболевания (состояния) и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

### **Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи (обследование беременных женщин на ВУИ)**

7. Тарифы на оплату медицинских услуг врачами акушерами-гинекологами включают расходы на проведение микроскопического исследования влагалищных мазков на атипичные клетки (онкоцитология).

В тариф посещения с профилактической целью «Посещение к среднему медицинскому персоналу смотровых кабинетов при проведении цитологического скрининга» включены расходы на проведение микроскопического исследования влагалищных мазков на атипичные клетки (онкоцитология).

**Тарифы на оплату медицинских услуг врачами акушерами-гинекологами с выполнением исследований на внутриутробные инфекции для беременных, в том числе беременных группы риска, включают расходы на проведение следующих видов исследований:**

- определение антигена хламидий (*Chlamydia trachomatis*) в соскобном материале (уретра, цервикальный канал) методом полимеразной цепной реакции (ПЦР);

- токсоплазмоз - определение антител в крови методом ИФА (IgM, IgG) количественно;

- краснуха - определение антител в крови методом ИФА (IgM, IgG) количественно.

Приложение 10

## **Способы оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам по Территориальной программе обязательного медицинского страхования Республики Татарстан**

### **I. Общие положения**

1. При реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Татарстан на 2016 год (далее - Территориальная программа ОМС) применяются следующие способы оплаты:

1.1. В стационарных условиях (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение):

- законченный случай лечения заболевания по нормативу финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи при оказании ВМП по перечню видов ВМП Приложения (раздел I) к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 № 1382;

- законченный случай лечения заболевания, включенного в

соответствующую группу заболеваний по КСГ в сочетании с оплатой за отдельную медицинскую услугу по перечню и тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением.

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и сгруппированных по подуровням, приведен в таблицах 1, 2 Приложения 1 к Способам оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам в рамках Территориальной программы ОМС.

#### 1.2. В условиях дневных стационаров всех типов:

- законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний по КСГ, в сочетании с оплатой за отдельную медицинскую услугу по перечню и тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением;

- законченный случай лечения заболевания по нормативу финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи при оказании ВМП по перечню видов ВМП Приложения (раздел I) к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 № 1382.

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, приведен в таблицах 1, 2 Приложения 1 к Способам оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам в рамках Территориальной программы ОМС.

#### 1.3. В амбулаторных условиях:

- подушевой норматив финансирования на 1 застрахованное на территории Республики Татарстан лицо, прикрепленное к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, при оказании медицинской помощи (кроме посещений в неотложной форме) врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-неврологами, врачами-хирургами, врачами-оториноларингологами, врачами-офтальмологами и медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов (заведующими фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерами, акушерами (акушерками), медицинскими сестрами, в том числе медицинскими сестрами патронажными), законченных случаях проведения предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних, профилактических медицинских осмотров взрослого населения в сочетании с оплатой медицинских услуг, установленных плановым заданием;

оплата посещений в неотложной форме, посещений с профилактическими и иными целями, обращений по поводу заболевания (законченных случаев), (за исключением медицинской помощи, оказанной в соответствии с абзацем вторым настоящего пункта);

- оплата посещений, обращений (законченных случаев) при оказании медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

- оплата в установленном порядке за законченный случай проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, определенных групп взрослого населения, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, профилактических и периодических медицинских осмотров несовершеннолетних и медицинского обследования детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, помещаемых под надзор в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

- оплата медицинских услуг, установленных плановым заданием, при оказании пациентам первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях.

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в том числе медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц и медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), не имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи (за посещение, обращение, законченный случай), приведен в таблицах 1, 3 Приложения 1 к Способам оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам в рамках Территориальной программы ОМС.

1.4. Вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

- подушевой норматив финансирования на 1 застрахованного гражданина, зарегистрированного по месту жительства на территории обслуживания станции (отделения) скорой медицинской помощи в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи; оплата за вызов скорой медицинской помощи при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Республики Татарстан.

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, в том числе перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций) оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской

организации, приведен в таблице 1 Приложения 1 к Способам оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам в рамках Территориальной программы ОМС.

2. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, осуществляется ТФОМС Республики Татарстан в соответствии с заключенным договором в объеме базовой программы обязательного медицинского страхования, по правилам, принятым для взаиморасчетов в системе обязательного медицинского страхования (раздел IX приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования»).

Оплата медицинской помощи, оказанной гражданам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, производится сверх установленного планового задания и финансовых средств по Территориальной программе ОМС в части базовой программы ОМС.

Расходование средств осуществляется в соответствии со структурой тарифов, принятой в медицинской организации.

3. Оплата расходов за лечение застрахованных лиц непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве осуществляется в соответствии с порядком, установленным разделом VII приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011г. N 158н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования», приказом Фонда социального страхования Российской Федерации от 08.12.2010 N261 «Об утверждении порядка направления сведений о принятом решении об оплате расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве».

## **II. Порядок формирования, представления реестров счетов и счетов за оказанную медицинскую помощь**

1. Каждый случай оказания медицинской помощи в соответствии с применяемым способом оплаты по окончании лечения включается в реестр счетов по плательщику (СМО, ТФОМС Республики Татарстан), на основании которого формируется счет на оплату медицинской помощи.

2. Счет на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, - финансовый документ, предоставляемый медицинской организацией в СМО и ТФОМС Республики Татарстан на оплату за оказанную медицинскую помощь по Территориальной программе ОМС.

3. Порядок информационного взаимодействия при осуществлении персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной по Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Татарстан на 2016 год,

утверждается совместно Министерством здравоохранения Республики Татарстан и ТФОМС Республики Татарстан.

4. В целях уточнения факта страхования граждан при оказании медицинской помощи (в том числе скорой) медицинская организация идентифицирует застрахованное лицо в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц, ведение которого осуществляется ТФОМС Республики Татарстан, в период обращения за медицинской помощью.

В случае отсутствия у гражданина документа, подтверждающего факт страхования (полиса, временного свидетельства, универсальной электронной карты, имеющей в составе полис обязательного медицинского страхования) на момент обращения за медицинской помощью, медицинская организация принимает меры по проверке факта страхования гражданина по документам, удостоверяющим личность, с использованием соответствующих сервисов ТФОМС Республики Татарстан, с целью дальнейшего предоставления указанных случаев на оплату в рамках Территориальной программы ОМС.

Проверка факта страхования застрахованного лица осуществляется в соответствии с Порядком информационного взаимодействия при осуществлении персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной в 2016 году по Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Татарстан.

При оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров проверка действительности предъявляемых застрахованными лицами документов, подтверждающих факт страхования, должна осуществляться не позднее третьего дня с момента госпитализации.

В случае отсутствия у застрахованного лица актуальных документов, подтверждающих факт страхования, медицинская организация принимает меры по содействию в их получении застрахованным лицом в соответствии с действующими нормативными правовыми актами.

### **III. Порядок осуществления расчетов за оказанную медицинскую помощь**

Расчет объема финансирования за оказанную медицинскую помощь гражданам, застрахованным на территории Республики Татарстан, по Территориальной программе ОМС осуществляется для всех медицинских организаций по единой формуле, применяемой для каждой записи реестра счетов (за исключением медицинской помощи, финансируемой по нормативу финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи при оказании ВМП в соответствии с перечнем видов ВМП):

$$\text{ОМП} = \text{О} * \text{Т}, \text{ где}$$

ОМП - объем финансовых средств за оказанную медицинскую помощь (случай оказания медицинской помощи) по Территориальной программе ОМС, полученный медицинской организацией, в рублях;

О - объем (количество, целое число) оказанных медицинских услуг в соответствии с принятым порядком оплаты (госпитализаций, случаев лечения, посещений, обращений, законченных случаев при проведении диспансеризации и медицинских осмотров, вызовов, медицинских услуг);

Т - соответствующий тариф согласно приложению 1 к Тарифному соглашению (в рублях).

**IV. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и условиях дневных стационаров, первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, медицинских услуг, установленных плановым заданием по Территориальной программе ОМС, при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, станциями (отделениями) скорой медицинской помощи**

Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и условиях дневных стационаров, первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, медицинских услуг, установленных плановым заданием по Территориальной программе ОМС, при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, станциями (отделениями) скорой медицинской помощи представлены соответственно в приложениях 5 - 8 к Способам оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Татарстан.

Порядок оплаты медицинской помощи и медицинских услуг, оказанных в одни и те же сроки представлен в приложении 9 к Способам оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Татарстан.

**Приложение 11**

**Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи,**

**а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание**

**либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества**

Дефекты медицинской помощи и/или нарушения при оказании медицинской помощи		Размер неоплаты, неполной оплаты	Размер штрафа
<b>Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц</b>			
1.1. Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:			
1.1.1.	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;	-	30% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
1.1.2.	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;	-	30% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
1.1.3.	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке.	-	30% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
1.2. Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, в том числе:			

1.2.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	-	100% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
1.2.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания.	-	300% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
1.3. Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, в том числе:			
1.3.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	-	100% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
1.3.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке).	-	300% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи

1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.	100% стоимости случая лечения	100% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
1.5.	Приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, лекарственных препаратов и/или медицинских изделий в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств», согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.	50% стоимости случая лечения	50% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи

## Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения

2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет.	-	100% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.2. Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации:			
2.2.1.	о режиме работы медицинской организации;	-	50% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи

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;	-	50% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи;	-	50% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.2.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;	-	50% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.2.5.	о <a href="#">перечне</a> жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;	-	50% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи

2.2.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с <a href="#">перечнем</a> 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 <a href="#">перечнем</a> групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.		50% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.3.	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях.	-	100% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.4. Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:			
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации;	-	50% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.4.2.	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;	-	50% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи

2.4.3.	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;	-	50% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.4.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;	-	50% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании 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;	-	50% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
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.	-	50% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
<b>Раздел 3. Дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи</b>			

3.1.	Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).	10% стоимости случая лечения	100% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
3.2. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи:			
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	10% стоимости случая лечения	
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 Российской Федерации случаях);	30% стоимости случая лечения	
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);	40% стоимости случая лечения	
3.2.4.	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);	90% стоимости случая лечения	100% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
3.2.5.	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	100% стоимости случая лечения	300% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи

3.3. Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи мероприятий:			
3.3.1.	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).	40% стоимости случая лечения	-
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).	50% стоимости случая 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).	50% стоимости случая 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.	80% стоимости случая лечения	100% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
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.	70% стоимости случая лечения	30% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
3.8.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.	60% стоимости случая лечения	-

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.	100% стоимости случая лечения	-
3.11.	Действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания).	90% стоимости случая лечения	100% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
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.	30% стоимости случая лечения	-
3.13.	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.	30% стоимости случая лечения	30% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
3.14.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории.	90% стоимости случая лечения	100% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
<b>Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации</b>			
4.1.	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.	100% стоимости случая лечения	-

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).	10% стоимости случая лечения	-
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.	10% стоимости случая лечения	-
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).	90% стоимости случая лечения	-
4.5.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).	100% стоимости случая лечения	-
4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов.	100% стоимости случая лечения	100% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
<b>Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов</b>			
5.1. Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:			
5.1.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	100% стоимости случая лечения	-
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	100% стоимости случая лечения	-
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;	100% стоимости случая лечения	-
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	100% стоимости случая лечения	-
5.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	100% стоимости случая лечения	-

5.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.	100% стоимости случая лечения	-
5.2. Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации:			
5.2.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;	100% стоимости случая лечения	-
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.);	100% стоимости случая лечения	-
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис ОМС на территории другого субъекта РФ;	100% стоимости случая лечения	-
5.2.4.	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах;	100% стоимости случая лечения	-
5.2.5.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории РФ.	100% стоимости случая лечения	-
5.3. Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС:			
5.3.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в Территориальную программу ОМС;	100% стоимости случая лечения	-
5.3.2.	предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы;	100% стоимости случая лечения	-
5.3.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования).	100% стоимости случая лечения	-
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;	100% стоимости случая лечения	-
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 случая лечения	-
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;	100% стоимости случая лечения	-
5.5.2.	предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации;	100% стоимости случая лечения	-
5.5.3.	предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов).	100% стоимости случая лечения	-
5.6.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.	100% стоимости случая лечения	-
<b>5.7. Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи:</b>			
5.7.1.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	100% стоимости случая лечения	-
5.7.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	100% стоимости случая лечения	-
5.7.3.	стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;	100% стоимости случая лечения	-
5.7.4.	стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованное в системе ОМС.	100% стоимости случая лечения	-
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).	100% стоимости случая лечения	-
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.	100% стоимости случая лечения	-