

**ГЕНЕРАЛЬНОЕ
ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
на медицинские услуги, оказываемые по Территориальной программе
обязательного медицинского страхования населению
Республики Ингушетия на 2015 год**

от «25 октября 2015 г.

г. Назрань

Настоящее Соглашение заключено в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29 ноября 2010г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в целях обеспечения равных условий в получении бесплатной медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия.

Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Ингушетия, утвержденная постановлением Правительства Республики Ингушетия от 2 апреля 2012 г. N 87, заключили настоящее Соглашение о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ СОГЛАШЕНИЯ

1.1. Предметом Соглашения является установление тарифов, нормативов и порядка применения тарифов на медицинскую помощь (медицинские услуги), оказываемую в объеме Территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Территориальная программа ОМС), являющейся составной частью Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Ингушетия.

1.2. Оплата медицинской помощи в системе ОМС Республики

Ингушетия осуществляется в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, настоящим Соглашением, иными утвержденными в установленном порядке нормативными документами по ОМС, а также согласно условиям заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и договоров о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

2. УСТАНОВЛЕНИЕ ТАРИФОВ

2.1. Настоящее Соглашение устанавливает на основании решений комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республики Ингушетия (далее – Комиссия) тарифы на медицинскую помощь (медицинские услуги) и финансовые нормативы в объеме Территориальной программы ОМС, действующие в 2015 году.

2.2. Тарифы и финансовые нормативы устанавливаются согласно Приложениям к настоящему Соглашению, которые являются неотъемлемой частью настоящего Соглашения.

2.3. Изменения к тарифам на медицинскую помощь устанавливаются Дополнительным соглашением к настоящему Соглашению на основании решений Комиссии.

3. ПОРЯДОК ПРИМЕНЕНИЯ ТАРИФОВ

3.1. Порядок применения тарифов на медицинскую помощь (медицинские услуги) в медицинских организациях стационарного типа, определен Приложением № 1 к настоящему Соглашению. Данный порядок применяется в отношении тарифов согласно Приложениям № 4,13,14 к настоящему Соглашению.

Поправочные коэффициент оплаты КПГ и уровни оказания медицинских услуг устанавливаются для расчета конкретного случая

согласно Приложения 18, 19 к настоящему Соглашению.

Порядок применения тарифов и финансовых нормативов на медицинскую помощь (медицинские услуги), оказываемую в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, вне медицинской организации (скорая медицинская помощь), определен Приложением № 2 к настоящему Соглашению. Данный порядок применяется в отношении тарифов и финансовых нормативов согласно Приложениям № 5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,20.

Плановые объемы медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями, работающими в системе обязательного медицинского страхования на 2015 год устанавливаются согласно Приложения 21.

4. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

Оплата медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия осуществляется в соответствии со структурой тарифа.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реагентов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное

законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

За использование не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, медицинская организация уплачивает штраф в размере 10% суммы нецелевого использования средств и пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого использования указанных средств. Средства, использованные не по целевому назначению, медицинская организация возвращает в бюджет территориального фонда в течение 10 рабочих дней со дня предъявления территориальным фондом соответствующего требования.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ СОГЛАШЕНИЯ И УСЛОВИЯ ЕГО ИЗМЕНЕНИЯ

5.1. Настоящее Соглашение вступает в силу с 01.01.2015г. и действует по 31.12.2015г.

5.2. Изменения и дополнения к настоящему СОГЛАШЕНИЮ признаются действительными только после их оформления в письменном виде и подписания соответственно уполномоченными представителями Генерального тарифного соглашения.

Председатель комиссии –

Первый заместитель Председателя

Правительства Республики Ингушетия

А. Оздоев – Оздоев А.Д.

Министр здравоохранения

Республики Ингушетия

М. Арапханова

Арапханова М.Я.

Директор
Территориального фонда ОМС

Мальсагов М.Б.

Директор филиала страховой
компании ЗАО «МАКС-М»
г.Назрань

Дзауров Х.А.

Заместитель директора филиала
страховой компании ЗАО «МАКС-М»
г.Назрань

Гадаборшева М.Б.

Председатель профкома ГБУЗ «ИРКБ»

Цолоева А.М.

Председатель некоммерческой общественной
организации «Врачебная палата»
поликлиника»

Плиев М.Б.

Заместитель директора
Территориального фонда ОМС

Тимурзиев Р.И.

Заместитель главного врача
По консультативной работе ГБУЗ «ИРКБ»

Дзейгова Б.С.

Председатель первичной профсоюзной
организации ГБУ «Республиканская
поликлиника»

Мальсагова Л.Х.

**Порядок
применения тарифов на оплату медицинской помощи взрослому и детскому
населению в медицинских организациях стационарного типа**

1. Общие положения

Оплата за законченный случай лечения предусматривает применение тарифов в соответствии с клинико-профильными группами (далее – КПГ).

Законченный случай лечения в стационаре - совокупность медицинских услуг в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи по основному заболеванию, предоставленных пациенту в стационаре в регламентируемые сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, в случае достижения клинического результата от момента поступления до выбытия (выписка, перевод в другое учреждение или в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания), подтвержденного первичной медицинской документацией.

Тарифы предусматривают компенсацию затрат в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Ингушетия на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов.

Оплата медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия осуществляется в соответствии со структурой тарифа.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг,

коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

При формировании счета по конкретному страховому случаю медицинская организация (далее – МО) из перечня основных тарифов выбирает тарифы в соответствии с профилем отделения (профилем койки), в котором оказана медицинская помощь.

Если предметом основных лечебно-диагностических мероприятий в рамках конкретного страхового случая явились не основное заболевание, а сопутствующее (конкурирующее) заболевание, состояние или синдром, то при условии наличия заключения врачебной комиссии МО применяется тариф, предназначенный для этого состояния или заболевания.

Оплата прерванного случая лечения пациента в стационаре осуществляется за количество проведенных им койко-дней в стационаре с учетом стоимости и средней длительности госпитализации по КПГ (стоимость койко-дня (Скд) проведенного в стационаре выводится как отношение средней длительности госпитализации (Дср) по КПГ к стоимости КПГ (С кпг) Скд = Скпг / Дср).

Прерванный случай лечения - случай оказания медицинской помощи при длительности лечения ниже минимальной длительности по стандартам медицинской помощи (летальный исход, самовольный уход, выписка по семейным обстоятельствам, перевод в другое учреждение по желанию пациента и др.), при котором не достигнут планируемый результат.

Минимальная длительность лечения минимально необходимый срок лечения, при котором гарантируется выполнение объема всех обязательных лечебных и диагностических мероприятий, описанный в клинической части стандартов медицинской помощи, и достигнут планируемый результат.

При переводах пациента с одного отделения в другое в пределах одной МО, вызванных уточнением основного диагноза, счет выставляется за один страховой случай по тарифу с кодом тарифа, соответствующему окончательному диагнозу.

Одним страховым случаем считаются первая и повторные госпитализации пациента в тот же стационар и с тем же диагнозом в период (от даты окончания первой госпитализации до даты начала повторной госпитализации), не превышающий длительности пребывания по соответствующей КПГ, установленной в Генеральном тарифном соглашении (далее - ГТС) (за исключением случаев этапного лечения). Такой страховой случай по результатам медико-экономической экспертизы/экспертизы качества медицинской помощи (МЭЭ/ЭКМП) оплачивается по тарифу КПГ, соответствующему окончательному диагнозу.

В случаях, не предусмотренных данным Порядком, страховые медицинские организации (далее – СМО) и МО руководствуются нормами, установленными нормативными документами, регламентирующими работу в сфере ОМС Республики Ингушетия, и настоящим ГТС.

2. Порядок применения тарифов на стационарную медицинскую помощь

2.1. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях населению в объеме Территориальной программы ОМС, в соответствии с **Приложением № 4** к ГТС на 2015 год применяются в МО стационарного типа.

Уровни оказания медицинской помощи и поправочные коэффициенты оплаты КПГ для расчета законченного случая по медицинским услугам, оказываемым за счет средств обязательного медицинского страхования в стационарных условиях на территории Республики Ингушетия установлены в соответствии с **Приложениями №19,20.**

Коэффициенты относительной затратоемкости КПГ установлены в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационарах на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) и клинико-профильных групп (КПГ) за счет средств системы обязательного медицинского страхования, утвержденных

Министерством здравоохранения РФ и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования от 15 декабря 2014 г.

2.2 Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в МО стационарного типа в объеме Территориальной программы ОМС в соответствии с **Приложением № 4** применяются всеми МО стационарного типа.

Оплата медицинской помощи при отдельных состояниях, возникающих в перинатальном периоде, осуществляется при соответствии диагнозов, установленных у новорожденных в первые 168 часов от момента рождения.

В случае, если диагноз был поставлен в стационаре ребенку по истечении 168 часов с момента рождения, оплата по тарифам с вышеуказанными кодами, должна быть подтверждена результатами экспертизы качества медицинской помощи.

2.3. Дополнительные тарифы на отдельно оплачиваемые услуги в МО в объеме Территориальной программы ОМС в соответствии с **Приложением № 13, 14** к ГТС на 2015 год применяются МО для взрослого и детского населения.

Дополнительные тарифы на отдельно оплачиваемые услуги (исследования на магнитно-резонансном и компьютерном томографе, законченный случай оказания медицинской помощи в отделении эфферентной хирургии и диализа крови) применяются дополнительно к основному тарифу за случай госпитализации или случай лечения в дневном стационаре.

Длительность лечения исчисляется в календарных днях, включая выходные и праздничные дни. День поступления и день выписки считаются за 1 день лечения.

Порядок

применения тарифов, финансовых и подушевых нормативов на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, вне медицинской организации (скорая медицинская помощь)

1. Общие положения

Настоящий Порядок определяет порядок применения тарифов, финансовых и подушевых нормативов на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара, на скорую медицинскую помощь, оказанную вне медицинской организации.

Тарифы, финансовые и подушевые нормативы на оплату медицинской помощи предусматривают компенсацию затрат в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Ингушетия на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов.

В случаях, не предусмотренных данным Порядком, при расчетах за первичную врачебную медико-санитарную и первичную специализированную медико-санитарную помощь, скорую медицинскую помощь применяются нормы, установленные нормативными документами, регламентирующими работу в системе ОМС Республики Ингушетия, и настоящим ГТС.

2. Основные понятия

Врачебное посещение – это прием (осмотр, консультация) пациента врачом с последующей записью в карте амбулаторного пациента (назначение лечения, записи динамического наблюдения, постановка диагноза и другие записи на основании наблюдения за пациентом).

Прием (осмотр, консультация) – это производимые по определенному плану действия врача, представляющие собой сложную или комплексную медицинскую услугу, дающие возможность составить представление о состоянии организма пациента, результатом которых является профилактика, диагностика или лечение определенного заболевания, синдрома.

В комплекс медицинских услуг, относящихся к врачебному посещению, наряду с непосредственно услугой врачебного осмотра (первичного или повторного), входят назначенные врачом по результатам последнего и зафиксированные в медицинской карте пациента профилактические, лечебные, диагностические услуги (диагностика ультразвуковая, рентгеновская, функциональная и т.п.), услуги вспомогательных служб (процедурный кабинет, в отделении физиотерапии – кабинеты по видам физиотерапевтической помощи, в том числе кабинет массажа, лечебной физкультуры и т.п.), услуги эндоскопические, услуги лабораторной диагностики (клинико-диагностические исследования, бактериологические исследования, биохимические исследования, иммуносерологические исследования, цитологические исследования и т.п.), и т.д.

Все услуги, относящиеся к врачебному посещению (оказанные непосредственно врачом и услуги, назначенные по результатам его консультации), должны быть зафиксированы в медицинской карте с определением состояния организма пациента и последующими рекомендациями: профилактика, диагностика или лечение определенного заболевания. Отсутствие в медицинской карте записи, отражающей врачебный осмотр/ консультацию пациента, является основанием для отказа в оплате посещения.

Врачебные посещения разделяются по месту оказания услуг:

- в медицинской организации;
- на дому.

3. Порядок учета объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

Учет объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, осуществляется по следующим показателям:

а) посещение:

- с профилактической целью;
- в связи с оказанием неотложной помощи;
- с иными целями

б) обращение по поводу заболевания.

Объем медицинской помощи, оказываемой с профилактической целью, включает посещения:

- центров здоровья;
- в связи с диспансеризацией определенных групп населения;
- в связи с диспансерным наблюдением;
- в связи с профилактическими медицинскими осмотрами, **предварительными и периодическими осмотрами несовершеннолетних** в соответствии с порядками, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, патронажем;

Объем медицинской помощи, оказываемой с иными целями, включает:

- разовые посещения по поводу заболевания,
- посещения, связанные с диагностическим обследованием,
- направления на консультацию, госпитализацию, в дневной стационар,
- получение справки, в том числе справки по форме № 086/у лицами до 19 лет включительно, санаторно-курортной карты и других медицинских документов.

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

К посещениям в связи с оказанием неотложной помощи относятся посещения в отделении (кабинете) неотложной медицинской помощи поликлиники (врачебной амбулатории, центра общей врачебной практики (семейной медицины)):

- при внезапных острых заболеваниях, состояниях, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи;
- при обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не

требующих экстренной медицинской помощи.

Обращение по поводу заболевания – это законченный случай лечения заболевания при кратности не менее двух посещений по поводу одного заболевания.

Медицинские организации (далее - МО) ведут раздельный учет посещений с профилактической целью, неотложной медицинской помощи, иными целями и обращений по поводу заболеваний. Первичный учет врачебных посещений в МО ведется путем заполнения «Талона амбулаторного пациента».

Не подлежат учету как посещения врачей:

- обследования в рентгеновских кабинетах, лабораториях и т.д.;
- консультации и экспертизы, проводимые врачебной комиссией (ВК).

По одному поводу обращения может быть сделано несколько тарифицированных посещений к одному или нескольким специалистам. Посещение в течение дня больным одного и того же врача учитывается как одно посещение (за исключением посещений к врачу стоматологу).

4. Порядок применения тарифов за врачебные посещения, в том числе при оказании-стоматологической медицинской помощи

4.1. Тарифы за врачебные посещения установленные в **Приложении № 6** к ГТС на 2015 год применяются для оплаты первичной врачебной медико-санитарной и первичной специализированной медико-санитарной помощи прикрепленному населению, оказываемой врачами соответствующих специальностей, ведущими амбулаторный, в том числе консультативный прием, (терапевт, педиатр, хирург, акушер-гинеколог, уролог и т.д.) и (или) осуществляющими врачебную помощь при вызовах на дом.

4.2. Тарифы за врачебные посещения установленные в **Приложении № 7, 8, 9, 10**, применяются для дополнительной оплаты медицинских услуг, оказываемых врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-специалистами и соответствующими указанным врачам медицинскими

сестрами, а также медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов.

Указанные выплаты осуществляются по результатам их деятельности и относятся к выплатам стимулирующего характера.

При выставлении счетов размер суммы, предъявляемой к оплате, исчисляется исходя из тарифов за врачебные посещения, действующие на дату посещения, с учетом имеющихся у медицинских организаций лицензий на осуществление соответствующих видов медицинской деятельности.

При решении вопроса об обоснованности выставления счетов за врачебное посещение необходимо руководствоваться правильно заполненной медицинской картой и талоном амбулаторного пациента.

4.3. Тарифы на оплату медицинской помощи при проведении профилактических осмотров взрослых и детей в соответствии с **Приложением № 16** к ГТС на 2015 год применяются медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь прикрепленному населению при проведении профилактических осмотров в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 декабря 2012 г. № 1011н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра» и от 21 декабря 2012 г. № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них».

4.4. Тариф в соответствии с **Приложением № 15** к ГТС на 2015 год применяется за законченный случай профилактического осмотра детей не чаще двух раз за год, в том числе в рамках обязательных профилактических осмотров в определенные возрастные периоды, а так же в рамках предварительных и периодических осмотров детей в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них».

4.5. Тариф в соответствии с **Приложением № 11, 12** к ГТС на 2015 год применяется за законченный случай проведения диспансеризации прибывающих

в стационарных учреждениях детей сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленные (удочеренные), принятые под опеку (попечительство), в приемную или патронажную семью, за законченный случай проведения диспансеризации отдельных групп взрослого населения.

5. Порядок применения тарифов за диагностические исследования

Тарифы за диагностические исследования установленные в **Приложении № 13, 14 к ГТС на 2015 год** применяются в случае проведения указанных исследований по направлению, оформленному лечащим врачом, а также по назначению специалистов указанных МО, в порядке, утвержденном Министерством здравоохранения Республики Ингушетия;

Тарифы за диагностические исследования применяются в том случае, если МО проводит исследования на диагностическом оборудовании, находящемся на балансе данной МО.

6. Порядок применения тарифов за законченный случай лечения в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара

Тарифы за законченный случай лечения в условиях дневного стационара установлены в **Приложении № 5 к ГТС на 2015 год**.

Тарифы за законченный случай лечения в дневном стационаре применяются при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара в МО, оказывающих амбулаторную и стационарную медицинскую помощь.

Оплата за лечение в дневном стационере производится путем применение тарифов в соответствии с клинико-профильными группами. Длительность лечения отражается в календарных днях, при этом учитываются все дни лечения, включая выходные и праздничные дни, от поступления больного в дневной

стационар до его выписки. День поступления и день выписки в дневном стационаре считаются за 2 дня лечения.

Тарифы «Прием в центре здоровья» применяются при оказании медицинских услуг в «Центрах здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» в МО согласно **Приложении № 17** к ГТС на 2015 год.

7. Порядок применения подушевых нормативов финансирования для оплаты скорой медицинской помощи в Республике Ингушетия и тарифа за вызов скорой медицинской помощи

Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (далее – СМП) застрахованным лицам, которым полис обязательного медицинского страхования выдан в Республике Ингушетия, осуществляется по подушевым нормативам финансирования и за вызов скорой медицинской помощи, установленным в **Приложении № 20** к ГТС на 2015 год, подушевой норматив финансирования включает в себя и выплаты стимулирующего характера врачам, фельдшерам и медицинским сестрам скорой медицинской помощи.

Подушевые нормативы финансирования и стоимость вызова для оплаты скорой медицинской помощи в Республике Ингушетия определены для медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь прикрепленному населению, и рассчитаны на основании годового объема денежных средств, предназначенных на оплату расходов скорой медицинской помощи в 2015 году, и численности прикрепленных застрахованных лиц, которым полис обязательного медицинского страхования выдан в Республике Ингушетия (по состоянию на 01.04.2013).

СМО перечисляет государственным бюджетным учреждениям здравоохранения, подведомственным Министерству здравоохранения Республики Ингушетия, сумму средств, причитающуюся ежемесячно на оплату по подушевым нормативам финансирования и по стоимости за вызов скорой

медицинской помощи в соответствии с утвержденными плановыми объемами, на основании сводного счета, предъявленного к оплате медицинской организацией за отчетный месяц и реестров счетов, в которых сумма к оплате выставляется в соответствии с утвержденными тарифами за вызов скорой медицинской помощи.

8. Порядок проведения приема-сдачи работ при оплате скорой медицинской помощи

Медицинские организации предъявляют к оплате счета (реестры счетов) на оплату оказанной скорой медицинской помощи в соответствии с порядком, установленным разделом 7 настоящего Приложения.

СМО при наличии оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) по результатам медико-экономического контроля счета за оказанную скорую медицинскую помощь и реестров к нему указывает в акте медико-экономического контроля позиции реестров, требующие доработки и исправления. Доработанные позиции реестра счета не позднее двадцати пяти рабочих дней с даты получения акта от страховой медицинской организации включаются медицинской организацией в реестр счета за следующий отчетный период с признаком «исправленный».

При наличии оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) по результатам медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи СМО после оформления актов в установленном порядке уменьшает сумму сводного счета на сумму отказов, которая определяется в соответствии с Приложением №3 к ГТС на 2015 год. Позиции реестра, откazанные в оплате по результатам медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, повторному предъявлению к оплате не подлежат.

Приложение № 3/январь – декабрь
к Генеральному тарифному
соглашению на 2015 год

Размеры сумм, не подлежащих оплате (уменьшения оплаты), и размеры штрафов

№	Основания для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Сумма, не подлежащая оплате (уменьшения оплаты, возмещения)	Размер штрафа
Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц			
1.1.	Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:		
1.1.1.	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;	–	100 % размера ПНФ ТП ОМС ¹
1.1.2.	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;	–	100 % размера ПНФ ТП ОМС
1.1.3.	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке.	–	10 % размера ПНФ ТП ОМС
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;	–	5 % размера ПНФ ТП ОМС
1.2.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания.	–	10 % размера ПНФ ТП ОМС
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;	–	5 % размера ПНФ ТП ОМС
1.3.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания.	–	10 % размера ПНФ ТП ОМС
1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц (в рамках добровольного медицинского страхования или в виде оказания платных услуг) за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.	100 % стоимости предъявленной к оплате медицинской помощи (отдельной медицинской услуги), оплаченной застрахованным лицом, но не более суммы тарифа, установленного ГТС ² , и если возврат денежных средств застрахованному лицу не произведен медицинской организацией.	В размере 10 % (100 % – если возврат денежных средств застрахованному лицу не произведен медицинской организацией) суммы, необоснованно полученной от застрахованного лица.

¹ – Подушевой норматив финансирования, предусмотренный Территориальной программой ОМС за счет средств Территориального фонда ОМС.

² – Генеральное тарифное соглашение.

№	Основания для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Сумма, не подлежащая оплате (уменьшения оплаты, возмещения)	Размер штрафа
1.5.	Приобретение пациентом лекарственных средств и изделий медицинского назначения в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств», «Формуляр лечения стационарного больного», согласованные и утвержденные в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи.	100 % размера суммы, неправомерно затраченной застрахованным лицом, но не более суммы тарифа, установленного ГТС, и если возврат денежных средств застрахованному лицу не произведен медицинской организацией.	В размере 10 % (100 % – если возврат денежных средств застрахованному лицу не произведен медицинской организацией) суммы, неправомерно затраченной пациентом.
Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения			
2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети «Интернет».		25 % размера ПНФ ТП ОМС
2.2.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети «Интернет» следующей информации:		
2.2.1.	о режиме работы медицинской организации;		25 % размера ПНФ ТП ОМС
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;		25 % размера ПНФ ТП ОМС
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи;		25 % размера ПНФ ТП ОМС
2.2.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;		–
2.2.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;		25 % размера ПНФ ТП ОМС
2.2.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.		25 % размера ПНФ ТП ОМС
2.3.	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях.		25 % размера ПНФ ТП ОМС
2.4.	Отсутствие на информационных стенах в медицинских организациях следующей информации:		
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации;		25 % размера ПНФ ТП ОМС
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;		25 % размера ПНФ ТП ОМС
2.4.3.	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;		25 % размера ПНФ ТП ОМС
2.4.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;		–
2.4.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;		25 % размера ПНФ ТП ОМС

№	Основания для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Сумма, не подлежащая оплате (уменьшения оплаты, возмещения)	Размер штрафа
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.		25 % размера ПНФ ТП ОМС
Раздел 3. Дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании медицинской помощи			
3.1.	Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).		10 % размера ПНФ ТП ОМС
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи:		
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	5 % размеров оплаты случая оказания медицинской помощи	–
3.2.2.	приведшее 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);	–	–
3.2.3.	приведшее 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);	5 % размеров оплаты случая оказания медицинской помощи – при ухудшении состояния, 10 % размеров оплаты случая оказания медицинской помощи – при развитии нового заболевания, осложнения	–
3.2.4.	приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);	100 % размеров оплаты случая оказания медицинской помощи	–
3.2.5.	приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	100 % размеров оплаты случая оказания медицинской помощи	–
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий:		
3.3.1.	приведших к удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица;	–	–

№	Основания для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Сумма, не подлежащая оплате (уменьшения оплаты, возмещения)	Размер штрафа
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).	5 % размеров оплаты случая оказания медицинской помощи – при ухудшении состояния, 10 % размеров оплаты случая оказания медицинской помощи – при развитии нового заболевания, осложнения	–
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).	10 % размеров оплаты тарифа ³	–
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).	0 %, за исключением иных оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), выявленных при экспертизе случаев оказания медицинской помощи, предшествовавших повторному обоснованному обращению	–
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.	10 % размеров оплаты периода лечения сверх срока по медицинским показаниям для данного этапа оказания медицинской помощи – при удлинении сроков лечения; 5 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи – при ухудшении состояния.	–
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.	10 % стоимости за каждый случай оказания 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.	–	–
3.9.	Необоснованное удлинение сроков лечения по вине медицинской организации, а также увеличение количества медицинских услуг, посещений, койко-дней, не связанное с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в рамках стандартов медицинской помощи.	–	–
3.10.	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях.	100 % размеров оплаты медицинских услуг, необоснованно предъявленных к оплате	–

³ В данном документе, начиная с раздела 1 по раздел 5 включительно, под тарифом понимается размер суммы предъявленного к оплате счёта за оказанную медицинскую помощь (услугу), содержащую основания для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи).

№	Основания для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Сумма, не подлежащая оплате (уменьшения оплаты, возмещения)	Размер штрафа
3.11.	Действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания).	50 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи – при развитии нового заболевания; 100 % – при социально значимых последствиях (инвалидизация, летальный исход)	–
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.	5 % стоимости тарифа, установленного ГТС	–
3.13.	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.	–	–
3.14.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категорий.	–	–
Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации			
4.1.	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.	100 % размеров оплаты тарифа	–
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).	100 % размера оплаты тарифа	
4.3.	Отсутствие в первичной документации информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях.	–	–
4.4.	Наличие признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление истории болезни, с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	100 % размера оплаты тарифа	–
4.5.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует табелю учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).	100 % размеров оплаты медицинских услуг, необоснованно предъявленных к оплате (после принятия нормативных документов, устанавливающих процедуру контроля)	–
4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:		
4.6.1.	включение в счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов посещений, койко-дней и др., не подтвержденных первичной медицинской документацией;	100 % стоимости услуг, не подтвержденных первичной медицинской документацией	–
4.6.2.	несоответствие сроков лечения, согласно первичной медицинской документации, застрахованного лица срокам, указанным в реестре счета;	100 % стоимости услуг, не соответствующих срокам лечения	–
Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов			
5.1.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:		
5.1.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	–

№	Основания для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Сумма, не подлежащая оплате (уменьшения оплаты, возмещения)	Размер штрафа
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	–
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;	100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	–
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	–
5.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	–
5.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.	–	–
5.2.	Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации:		
5.2.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;	100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	–
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 за каждый случай оказания медицинской помощи	–
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившего полис ОМС на территории другого субъекта РФ;	100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	–
5.2.4.	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах;	100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	–
5.2.5.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории РФ.	100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	–
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 за каждую услугу, не входящую в Территориальную программу ОМС	–
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 предъявленных к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы	
5.3.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования).	100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	–
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 за каждый случай оказания медицинской помощи	–

№	Основания для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Сумма, не подлежащая оплате (уменьшения оплаты, возмещения)	Размер штрафа
5.4.2.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.	100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи – при МЭК ⁴ ; Сумма, на которую тариф, предъявленный к оплате, превышает тариф, который следует предъявить к оплате по результатам МЭЭ, ЭКМП	–
5.5.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности:		
5.5.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	–
5.5.2.	предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации;	100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	–
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 за каждый случай оказания медицинской помощи	–
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 услуги, оказанной врачом, не имеющим сертификата специалиста, за исключением случаев оказания медицинской помощи врачами-стажерами в соответствии с нормативными документами Минздрава России	–
5.7.	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи:		
5.7.1.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	–
5.7.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	100 % стоимости каждого случая, предъявленного к оплате повторно	–
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 отдельной услуги, включенной в реестр счетов необоснованно	–
5.7.4.	стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованных в системе ОМС.	–	–
5.7.5.	включение в реестр счетов медицинской помощи: – амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи); – пациенто-дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях).	100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр необоснованно, за исключением амбулаторных посещений (услуг) по поводу другого заболевания.	–
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 за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр необоснованно	–

Для случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации

№	Основания для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Сумма, не подлежащая оплате (уменьшения оплаты, возмещения)	Размер штрафа
Раздел 6. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц			
6.1.	Увеличение сроков ожидания скорой медицинской помощи:		
6.1.1.	от 50 до 100 процентов от норматива, установленного территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Ингушетия;		
6.1.1.1.	не повлекшее за собой причинение вреда здоровью, не создавшее риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавшее риска возникновения нового заболевания;		–
6.1.1.2.	повлекшее за собой причинение вреда здоровью, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания;	Не применять до установления нормативных документов, устанавливающих процедуру и критерии оценки нормативов (сроков ожидания)	–
6.1.2.	более 100 процентов от норматива, установленного территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Ингушетия;		–
6.1.2.1.	не повлекшее за собой причинение вреда здоровью, не создавшее риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавшее риска возникновения нового заболевания;		–
6.1.2.2.	повлекшее за собой причинение вреда здоровью, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания;		–
6.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании скорой медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС (устанавливается по обращениям застрахованных лиц или их представителей), в том числе:		
6.2.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	–	5 % тарифа ⁴
6.2.2.	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);	–	10 % тарифа
6.2.3.	приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке);	–	100 % тарифа
6.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании скорой 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 (устанавливается по обращениям застрахованных лиц или их представителей), в том числе:		
6.3.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	–	5 % тарифа

⁴ В данном документе, начиная с раздела 6 и далее, под тарифом понимается:

- при финансовом обеспечении скорой медицинской помощи по подушевым нормативам финансирования и при предъявлении к оплате счетов за оказанную медицинскую помощь вне медицинской организации застрахованным лицам, которым полис обязательного медицинского страхования выдан за пределами Республики Ингушетия – сумма, соответствующая тарифу за вызов скорой медицинской помощи установленная в ТП ОМС;

№	Основания для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Сумма, не подлежащая оплате (уменьшения оплаты, возмещения)	Размер штрафа
6.3.2.	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);	–	10 % тарифа
6.3.3.	приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке);	–	100 % тарифа
6.4	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную скорую медицинскую помощь:		
6.4.1	предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.	100 % суммы, необоснованно полученной от застрахованного лица (но не более размера тарифа), если возврат денежных средств застрахованному лицу не произведен медицинской организацией.	В размере 10 % (100 % – если возврат денежных средств застрахованному лицу не произведен медицинской организацией) суммы, необоснованно полученной от застрахованного лица.
6.4.2.	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.	100 % суммы, необоснованно полученной от застрахованного лица (но не более размера тарифа), если возврат денежных средств застрахованному лицу не произведен медицинской организацией.	В размере 10 % (100 % – если возврат денежных средств застрахованному лицу не произведен медицинской организацией) суммы, необоснованно полученной от застрахованного лица.
Раздел 7. Отсутствие информированности застрахованного населения			
7.1.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети «Интернет» следующей информации:		
7.1.1.	об условиях оказания скорой медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания скорой медицинской помощи;	–	25 % тарифа (при проведении проверки в соответствии с планом, согласованным ТФ ОМС)
7.1.2.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;	–	–
Раздел 8. Дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании медицинской помощи			
8.1.	Доказанные в установленном порядке		
8.1.1.	нарушение врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц);	–	10 % тарифа
8.1.2.	разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, установленное по обращению застрахованного лица путем проведения административного расследования администрацией медицинской организации или мер, принятых компетентными органами;	–	10 % тарифа
8.1.3.	неблюдение врачебной тайны, в том числе конфиденциальности персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, установленное компетентными органами по обращению застрахованного лица;	–	10 % тарифа

№	Основания для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Сумма, не подлежащая оплате (уменьшения оплаты, возмещения)	Размер штрафа
8.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи:		
8.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	5 % тарифа	-
8.2.2.	приведшее 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);	10 % тарифа – при ухудшении состояния, 20 % тарифа – при развитии нового заболевания, осложнения	-
8.2.3.	приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	100 % тарифа	-
8.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий:		
8.3.1.	приведших к удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица;	-	-
8.3.2.	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).	10 % тарифа – при ухудшении состояния, 20 % тарифа – при развитии нового заболевания, осложнения	-
8.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).		
8.4.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	5 % тарифа	-
8.4.2.	приведшее 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).	10 % тарифа – при ухудшении состояния, 20 % тарифа – при развитии нового заболевания, осложнения	-
8.4.3.	приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	100 % тарифа	
8.5.	Повторное обоснованное обращение застрахованного лица за оказанием скорой медицинской помощи по поводу того же заболевания в течение 24 часов.	-	-
8.6.	Действие или бездействие при оказании скорой медицинской помощи, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания).	50 % тарифа – при развитии нового заболевания; 100 % тарифа – при социально значимых последствиях (инвалидизация, летальный исход)	-
8.7.	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.	10 % тарифа – при ухудшении состояния, 20 % тарифа – при развитии нового заболевания, осложнения	-
8.8.	Наличие расхождений диагноза основного заболевания (травмы) скорой медицинской помощи и клинического диагноза, установленном в приемном отделении медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь на госпитальном этапе.	-	-
Раздел 9. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации			
9.1.	Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу скорой медицинской помощи, без объективных причин.	100 % тарифа	-

№	Основания для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Сумма, не подлежащая оплате (уменьшения оплаты, возмещения)	Размер штрафа
9.2.	Дефекты оформления медицинской документации, препятствующие проведению медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления скорой медицинской помощи).	10 % тарифа	–
9.3.	Наличие признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление первичной документации, с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	100% тарифа	–
9.4.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов на оплату скорой медицинской помощи, в том числе:		
9.4.1.	включение в счет и реестр счетов случаев, не подтвержденных первичной медицинской документацией;	100 % тарифа	–
9.4.2.	несоответствие сроков лечения, согласно медицинской документации, срокам, указанным в реестре счета;	100 % тарифа	–
9.4.3.	несоответствие диагноза, согласно первичной медицинской документации, застрахованного лица диагнозу, указанному в реестре счета.	100 % тарифа	–
Раздел 10. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов			
10.1.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:		
10.1.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	100 % тарифа	–
10.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	100 % тарифа	–
10.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;	100 % тарифа	–
10.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	100 % тарифа	–
10.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	100 % тарифа	–
10.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду / периоду оплаты;	–	–
10.1.7.	несоответствие кода услуги диагнозу, полу, возрасту, профилю отделения.	100 % тарифа	–
10.1.8.	предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы;	100% стоимости предъявленных к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы	–
10.2.	Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации:		
10.2.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;	100 % тарифа	–
10.2.2.	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 % тарифа	–
10.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившего полис ОМС на территории другого субъекта Российской Федерации;	100 % тарифа	–

№	Основания для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Сумма, не подлежащая оплате (уменьшения оплаты, возмещения)	Размер штрафа
10.2.4.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории Российской Федерации.	100 % тарифа	–
10.3.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь.	100 % тарифа	–
10.4.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.	100 % тарифа, за исключением случаев оказания медицинской помощи врачами-стажерами в соответствии с нормативными документами Минздрава России	–
10.5.	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи:		
10.5.1.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	100 % тарифа	–
10.5.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре счетов.	100 % тарифа за каждый случай, предъявленный к оплате повторно	–

Приложение № 4 / январь – декабрь
к Генеральному тарифному
соглашению на 2015 год

на оплату медицинской помощи, оказываемой за счет средств обязательного медицинского страхования в стационарных условиях
на территории
Республики Ингушетия

БАЗОВЫЕ ТАРИФЫ

на оплату законченного случая лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-профильную группу), оказываемый за счет средств обязательного медицинского страхования в стационарных условиях на территории Республики Ингушетия

Таблица 1

№ п/п	Вид тарифа	(рублей)
1	Базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи, тариф клинико-профильной группы (КПГ)	22 233,1

Таблица 2

**Базовые тарифы
на оплату законченного случая лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-
профильную группу), оказываемый за счет средств обязательного медицинского страхования в стационарных условиях на
территории Республики Ингушетия**

№ стр	Код КПГ в системе ОМС	Наименование клинико- профильной группы	Средняя длительность лечения (дней)	Коэффициент относительной затратоемкости кст/кпг (КЗ) кст/кпг)	(рублей)				
					Уровень оказания медицинской услуги				Тариф стоимости КПГ
					республиканский	центральный	городской	районный	
Коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи примененный при расчете тарифов клинико-профессиональных групп									
1	1010	акушерское дело	6,50	0,7	23344,76	-	-	0,7	0,7
2	1020	акушерство и гинекология	6,10	0,80	32015,66	21343,78	-	14940,64	-
3	1030	аллергология и иммунология	9,30	0,34	11338,88	-	-	-	-
4	1040	гастроэнтерология	11,80	1,04	34683,64	-	16185,70	-	-
5	1050	гематология	15,00	1,37	45689,02	-	-	-	-
6	1060	дерматология	11,30	0,80	14052,89	-	-	-	-
7	1070	детская кардиология	12,70	1,84	61363,36	-	-	-	-
8	1080	легкая онкология	13,10	4,59	153074,89	-	-	-	-

9	1090	детская урология-андрология	9,20	1,15	38352,10	-	-	-	-	-
10	1100	детская хирургия	8,40	1,10	36684,62	-	-	-	-	-
11	1110	детская эндокринология	11,60	1,48	49357,48	-	-	-	-	-
12	1120	инфекционные болезни	7,50	0,65	21677,27	14451,52	-	-	-	-
13	1130	кардиология	12,70	1,49	49690,98	33127,32	23189,12	-	-	-
14	1140	колопроктология	9,80	1,36	45355,52	-	-	-	-	-
15	1150	неврология	12,60	1,12	37351,61	24901,07	17430,75	-	-	-
16	1160	нейрохирургия	9,90	1,20	40019,58	-	-	-	-	-
17	1170	неонатология	24,40	2,96	108586,46	72390,97	-	-	-	-
18	1180	нефрология	12,20	2,25	75036,71	-	-	-	-	-
19	1190	онкология	13,10	2,24	74703,22	-	-	-	-	-
20	1200	оториноларингологи	6,70	0,87	29014,20	-	-	-	-	-
21	1210	офтальмология	7,40	0,92	30681,68	-	-	-	-	-
22	1220	педиатрия	9,50	0,80	26679,72	17786,48	-	-	12450,54	12450,54
23	1230	пульмонология	11,20	1,31	43688,04	-	-	20387,75	-	-
24	1240	ревматология	14,70	1,44	48023,50	-	-	22410,96	-	-
25	1250	сердечно-сосудистая хирургия	11,00	1,18	39352,59	-	-	-	-	-
26	1260	стоматология детская	8,00	0,99	33016,15	-	-	-	-	-
27	1270	терапия	10,40	0,77	33383,00	22255,33	15578,73	15578,73	15578,73	15578,73
28	1280	торакальная хирургия	13,10	2,09	69700,77	-	-	-	-	-
29	1290	травматология и ортопедия	11,90	1,37	45689,02	30459,35	-	21321,54	-	-
30	1300	урология	9,20	1,20	40019,58	-	-	-	-	-
31	1310	хирургия	12,70	0,90	36017,62	24011,75	16808,22	16808,22	16808,22	-
32	1320	хирургия (абдоминальная)	8,40	1,20	40019,58	-	-	-	-	-

33	1330	хирургия (комбустиология)	17,20	1,90	63364,34	-	-	-	-	-
34	1340	челюстно-лицевая хирургия	8,10	1,18	39352,59	-	-	-	-	-
35	1350	эндокринология	11,50	1,40	46689,51	31126,34	21788,44	-	-	-
36	1360	прочее	2,00	0,58	11605,68	-	-	-	-	-
37	1361	скорая медицинская помощь	2,00	0,58	11605,68	-	-	-	-	-

БАЗОВЫЕ ТАРИФЫ
на оплату медицинской помощи, оказываемой за счет средств обязательного медицинского страхования в условиях дневного
стационара на территории Республики Ингушетия

Таблица 1

Тариф
на оплату законченного случая лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-профильную группу), оказываемый за счет средств обязательного медицинского страхования в условиях дневного стационара на территории Республики Ингушетия

Вид тарифа		(рублей)
№ п/п		
1	Базовая ставка финансирования медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара тариф клинико-профильной группы (КПГ)	12 807,6

**Базовые тарифы
на оплату законченного случая лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-
профильную группу), оказываемый за счет средств обязательного медицинского страхования в условиях дневного стационара на
территории Республики Ингушетия**

(рублей)

№ стр.	Код КПГ в системе ОМС	Наименование клинико- профильной группы	Средняя длительность лечения (дней)/коэффициент затратоемкости КПГ	Коэффициент сложности курации, использованный при расчете тарифов	Тариф стоимости КПГ
1	2010	Кардиология и ревматология	12,70/1,49		9541,66
2	2020	Педиатрия	9,50/0,80		5123,04
3	2031	Терапия			
	2032	Терапия (койки при амбулатории)	10,40/0,77		4930,93
4	2040	Эндокринология	11,50/1,40		8965,32
5	2050	Аллергология и иммунология	9,30/0,34	0,5	2177,29
6	2060	Неврология	12,60/1,12		7172,26
7	2070	Инфекционные болезни	7,50/0,65		4162,47
8	2080	Хирургия	12,70/0,90		5763,42
9	2090	Урология	9,20/1,20		7684,56
10	2110	Акушерство и гинекология	6,10/0,80		5123,04
11	2120	Оториноларингология	6,70/0,87		5571,31
12	2130	Офтальмология	7,40/0,92		5891,50
13	2140	Дermатология	11,30/0,80		5123,04
14	2150	Онкология	13,10/2,24		14344,51

Таблица 2

ТАРИФЫ
на медицинские услуги, оказываемые
медицинскими учреждениями,
входящими в систему обязательного медицинского
страхования Республики Ингушетия, в амбулаторно-поликлинических
условиях

(в рублях)

№	Наименование ЛПУ		Стоимость за единицу объема
1	ГБУ «Ингушская республиканская клиническая больница»	Поликлиника	206,1
		скорая	949,2
2	ГБУ «Республиканская поликлиника»	Поликлиника	233,7
	ГБУ «Республиканская детская поликлиника»	Поликлиника	269,1
	ГБУ «Республиканский онкологический диспансер»	Поликлиника	328,3
6	ГБУЗ «Назрановская городская больница»	Поликлиника	256,1
7	ГБУЗ «Карабулакская городская больница»	Поликлиника	238,4
8	ГБУЗ «Малгобекская центральная районная больница»	Поликлиника	286,1
		ФАП	158,8
9	ГБУЗ «Сунженская центральная районная больница»	Поликлиника	286,4
		ФАП	148,5
10	ГБУЗ «Малгобекская районная больница №2»	Поликлиника	325,4
11	ГБУЗ «Сунженская районная больница №2»	Поликлиника	304,9
12	ГБУЗ «Кантышевская участковая больница»	Поликлиника	209,7
		ФАП	211,8
13	ГБУЗ «Ачалукская участковая больница»	Поликлиника	308,7
14	ГБУЗ «Джейрахская врачебная амбулатория»	Поликлиника	413,1
		ФАП	263,9
15	ГБУ «Республиканская стоматологическая поликлиника»	Поликлиника	411,3
16	ГБУ «Республиканский кожно-венерологический диспансер»	Поликлиника	241,4
17	ООО «Лаборатория здоровья семьи»	Поликлиника	303,4
18	ООО « Медицинский центр «Медиум»	Поликлиника	303,4
19	ГБУ «Джейрахская районная больница»	Поликлиника	421,8

Приложение № 7 январь – декабрь
к Генеральному тарифному
соглашению на 2015 год

Стоимость
посещения для дополнительной оплаты амбулаторной помощи, оказываемой врачами-специалистами и соответствующими врачам-специалистам медицинскими сестрами, участковыми врачами и соответствующими медицинскими сестрами

Наименование должностей врачей-специалистов с высшим образованием, оказывающих консультативную медицинскую помощь взрослому населению	Функция врачебной должности в год	Стоимость одного посещения (в рублях)
1	2	3
врач – аллерголог - иммунолог	2916	101,8
врач – гастроэнтеролог	4374	67,9
врач - гематолог	3499	84,8
врач - инфекционист	5540	53,6
врач - кардиолог	3499	84,8
врач - колопроктолог	4374	67,9
врач – невролог	3645	81,4
врач - нефролог	4082	72,7
врач – онколог	4374	67,9
врач – отоларинголог	4374	67,9
врач – офтальмолог	4374	67,9
врач - пульмонолог	4374	67,9
врач – ревматолог	2916	101,8
врач – сурдолог - оториноларинголог	2916	101,8
Врач-сердечно-сосудистой хирургии	3499	84,8
врач – терапевт	4374	67,9
врач - травматолог – ортопед	4374	67,9
врач – уролог/андролог	4374	67,9
врач – хирург	4374	67,9
врач – челюстно-лицевой хирург	4374	67,9
врач - эндокринолог	3645	81,4
врач-акушер-гинеколог	4374	67,9
врач -профпатолог	4374	67,9
врач-стоматолог	4374	67,9

Структура тарифов:

- оплата труда врачей-специалистов и специалистов со средним медицинским образованием, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь;
- начисления на заработную плату.

Приложение № 8 /январь – декабрь
к Генеральному тарифному
соглашению на 2015 год

Стоимость

услуги по дополнительной оплате медицинской помощи, оказываемой врачами терапевтами участковыми, врачами педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей – терапевтов участковых, медицинскими сестрами врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей), а также медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов

Наименование должностей врачей-специалистов с высшим образованием, оказывающих медицинскую помощь населению республики	Функция врачебной должности в год	Стоимость за 1 услуги (в рублях)
1	2	3
Врач – терапевт участковый	4905	68,2
Врач – педиатр участковый	4443	75,3
Врач общей практики	4158	80,5

Фельдшерско-акушерские пункты

Наименование должности оказывающих медицинскую помощь населению республики	Количество посещений в год	Тариф за 1 посещение (в рублях)
1	2	3
Малгобекская центральная районная больница (фельдшер, акушерка, медицинская сестра)	10550	27,8
Сунженская центральная районная больница (фельдшер, акушерка, медицинская сестра)	33305	20,1
Кантышевская участковая больница (фельдшер, акушерка)	19760	20,2
Джейрахская врачебная амбулатория (фельдшер, акушерка)	8500	33,1

Структура тарифов:

- оплата труда врачей и специалистов со средним медицинским образованием, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь;
- начисления на заработную плату.

Приложение № 9 /январь – декабрь
к Генеральному тарифному
соглашению на 2015 год

Стоимость

посещения для дополнительной оплаты амбулаторной помощи, оказываемой врачами-специалистами и соответствующими врачам-специалистам медицинскими сестрами

Наименование должностей врачей-специалистов с высшим образованием, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению	Функция врачебной должности в год	УЕТ в год	Стоимость одного посещения	Стоимость 1 УЕТ
1	2	3	4	5
врач – аллерголог - иммунолог	3564		83,3	
врач – гастроэнтеролог	4158		71,4	
врач - гематолог	4752		62,5	
врач - инфекционист	3851		77,1	
врач - кардиолог	3802		78,1	
врач - колопроктолог	4158		71,4	
врач – невролог	3769		78,8	
врач-анестезиолог-реаниматолог	*		*	
врач - нефролог	3920		75,7	
врач – онколог	3962		89,9	
врач – отоларинголог	4277		69,4	
врач – офтальмолог	4752		62,5	
врач - пульмонолог	4276		69,4	
врач – ревматолог	4514		65,8	
врач – терапевт	4600		64,5	
врач - травматолог – ортопед	3326		89,3	
врач – уролог	3920		90,9	
врач – хирург	3683		96,7	
врач – челюстно-лицевой хирург	3820		93,3	
врач - эндокринолог	4158		71,4	
врач-дерматовенеролог	4354		68,2	
врач-акушер-гинеколог	4395		81,1	
врач-физиотерапевт	5912		50,2	
врач по лечебной физкультуре	4875		60,9	
врач -профпатолог	3250		91,3	
врач-бактериолог		7546		39,3
врач-стоматолог	1800		164,9	
врач-эндоскопист		8557		34,7
врач-рентгенолог		6966		42,6
врач-рентгенолог(МРТ)		9051		32,8
врач-функциональной диагностики		8449		35,1
врач- ультразвуковой диагностики		8557		34,7
врач -клинической лаб. диагностики		7546		39,3

Структура тарифов:

- оплата труда врачей-специалистов и специалистов со средним медицинским образованием, оказывающим амбулаторную медицинскую помощь;
- начисления на заработную плату.
- * стимулирующая надбавка по указанной должности врача и медицинской сестры включена в надбавку врачей: акушер-гинеколог, челюстно-лицевой хирург, хирург, уролог, врач – онколог.

Приложение №10 /январь – декабрь
к Генеральному тарифному
соглашению на 2015 год

Стоимость
посещения для дополнительной оплаты амбулаторной помощи, оказываемой врачами-специалистами и соответствующими врачам-специалистам медицинскими сестрами

Наименование должностей врачей-специалистов с высшим образованием, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детскому населению	функция врачебной должности в год	УЕТ в год	Стоимость одного посещения	Стоимость 1 УЕТ
1	2	3	4	5
врач – аллерголог - иммунолог	2840		104,5	
врач - гастроэнтеролог	4158		71,4	
врач - гематолог	4752		62,5	
врач - инфекционист	3776		78,6	
врач - детский кардиолог	3564		83,3	
врач – невролог	3666		81,0	
врач - нефролог	3564		83,3	
врач – детский онколог	3668		80,9	
врач – оториноларинголог	4039		73,5	
врач – офтальмолог	4514		65,8	
врач – педиатр	3683		80,6	
врач - пульмонолог	3717		79,9	
врач – ревматолог	3870		76,7	
врач - травматолог – ортопед	3326		89,3	
врач – детский уролог – андролог	3081		96,4	
врач – детский хирург	3445		86,2	
врач - детский эндокринолог	3920		75,7	
врач-дерматовенеролог	3951		75,1	
врач-челестно-лицевой хирург	3820		77,7	
врач акушер-гинеколог	4514		65,8	
врач-физиотерапевт	5794		51,2	
врач детский стоматолог	1800		164,9	
врач по лечебной физкультуре	4232		70,1	
врач-рентгенолог		6966		42,6
врач-рентгенолог(МРТ)		9051		32,8
врач-функциональной диагностики		8449		35,1
врач- ультразвуковой диагностики		8557		34,7
врач-бактериолог		7581		39,3
врач -клиническая лаб. диагностики		7546		39,3

Структура тарифов:

- оплата труда врачей-специалистов и специалистов со средним медицинским образованием, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь;
- начисления на заработную плату.

Приложение № 11 /январь – декабрь
к Генеральному тарифному
соглашению на 2015 год

Стоимость
законченного случая на проведение диспансеризации отдельных
групп взрослого населения

№		Возраст (лет)	Тариф (муж.)		Тариф (жен.)	
			Тариф на законченный случай	в т.ч. стимулирующая надбавка	Тариф на законченный случай	в т.ч. стимулирующая надбавка
	Первый этап диспансеризации					
1		21,24,27,30,33	488,5	150,1		
2		21,24,27,30,33, 36			651,2	189,4
3		36	605,2	185,2		
4		39	1171,1	282,4	1367,6	329,2
5		42	742,2	247,7	938,7	294,5
6		45	1191,2	282,4	1504,4	364,3
7		48	762,3	247,7		
8		48,54,60,66,72, 78,84,90,96			1075,6	329,6
9		54,60,66,72,78, 84,90,96	861,5	287		
10		51,57,63,69,75, 81,87,93,99	1425,3	371,4	1639,3	414,0
	Второй этап диспансеризации					
1		21,24,27,30,33, 36	699	127,5	834,2	170,2
2		39,42	826,6	167	944,8	209,7
3		45,48	1141,7	246,8	1259,9	289,5
4		51,54,57,60,63, 66,69,72,75,78, 81,84,87,90,93, 96,99	1586,4	329,3	1574,2	324,2

№		Возраст (лет)	Тариф (муж.)		Тариф (жен.)	
			Тариф на законченный	в т.ч. стимулиру	Тариф на законченны	в т.ч. стимулиру

			случай (мобильные бригады)	ющая надбавка	й случай (мобильные бригады)	ющая надбавка
	Первый этап диспансеризации					
1		21,24,27,30,33	492,5	150,1		
2		21,24,27,30,33, 36			655,2	189,4
3		36	609,2	185,2		
4		39	1179,1	282,4	1375,6	329,2
5		42	750,2	247,7	946,7	294,5
6		45	1199,2	282,4	1512,4	364,3
7		48	770,3	247,7		
8		48,54,60,66,72, 78,84,90,96			1083,5	329,6
9		54,60,66,72,78, 84,90,96	869,5	287		
10		51,57,63,69,75, 81,87,93,99	1437,3	371,4	1651,3	414,0
	Второй этап диспансеризации					
1		21,24,27,30,33, 36	703,0	127,5	846,2	170,2
2		39,42	838,6	167	960,8	209,7
3		45,48	1157,7	246,8	1279,9	289,5
4		51,54,57,60,63, 66,69,72,75,78, 81,84,87,90,93, 96,99	1606,4	329,3	1594,2	324,2

Приложение №12 /январь – декабрь
к Генеральному тарифному
соглашению на 2015 год

Стоимость

законченного случая на проведение диспансеризации прибывающих в стационарных учреждениях детей сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленные (удочеренные), принятые под опеку (попечительство), в приемную или патронажную семью

№	Первый этап	Возраст (лет)	Тариф (мальчики)		Тариф(девочки)	
			Тариф на законченный случай	в т.ч. стимулирующая надбавка	Тариф на законченный случай	в т.ч. стимулирующая надбавка
1		до 1 года	2119,7	546,7	2067,5	527,3
2		с 1 года	1752,4	477,3	1706,5	457,9
3		с 3-х лет	2016,4	581,5	1970,5	562,1
4		с 5 лет	2146,8	629,3	2100,9	609,9
5		с 7 лет	2542,9	698,7	2497,0	679,3
6		с 15 лет	2642,9	741,3	2597,0	721,9
№	Первый этап	Возраст (лет)	Тариф (мальчики)		Тариф(девочки)	
			Тариф на законченный случай (мобильные бригады)	в т.ч. стимулирующая надбавка (мобильные бригады)	Тариф на законченный случай	в т.ч. стимулирующая надбавка
1		до 1 года	2147,7	546,7	2095,5	527,3
2		с 1 года	1780,4	477,3	1734,5	457,9
3		с 3-х лет	2048,4	581,5	2002,5	562,1
4		с 5 лет	2182,8	629,3	2136,9	609,9
5		с 7 лет	2578,9	698,7	2533,0	679,3
6		с 15 лет	2678,9	741,3	2633,0	721,9

Приложение № 13 /январь – декабрь
к Генеральному тарифному
соглашению на 2015 год

Стоимость
исследования на магнитно-резонансном и компьютерном томографе

	вид исследования	тариф
ГБУ «Ингушская республиканская клиническая больница»	МРТ	
	без контрас-я	894,8
	с контрас-ием	3492,7
	КТ	
	без контрас-я	852,8
	с контрас-ием	2263,5
ГБУЗ «Сунженская центральная районная больница»	МРТ	
	без контрас-я	885,3
	с контрас-ием	3483,2
ГБУЗ «Малгобекская центральная районная больница»	КТ	
	без контрас-я	827,2
	с контрас-ием	2237,9

Приложение № 14 /январь – декабрь
к Генеральному тарифному
соглашению на 2015 год

Стоимость
законченного случая оказания медицинской помощи в отделении
эфферентной хирургии и диализа крови

	Наименование учреждения	Наименование медицинской услуги	Стоимость 1 процедуры (в рублях)
1	ГБУ «Ингушская республиканская клиническая больница»	гемодиализ ГД	4503,5
		Гемодиафильтрация ГДФ	5962,5
2	ООО «ДИАКАВ»	гемодиализ ГД	4469,4

Приложение № 15 /январь – декабрь
к Генеральному тарифному
соглашению на 2015 год

**Стоимость
законченного случая на проведение предварительных и периодических
медицинских осмотров несовершеннолетних (1 этап)**

№ п/п	Образовательные учреждения, при поступлении в которые проводятся предварительные медицинские осмотры несовершеннолетних	Тариф на законченный случай (мальчики)	в т.ч. стимулирующая надбавка	Тариф на законченный случай (девочки)	в т.ч. стимулирующая надбавка
1	Дошкольные образовательные учреждения	1899,4	657,6	1823,2	627,0
2	Общеобразовательные (начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования образовательные учреждения	3307,4	920,8	3255,3	890,2
3	Образовательные учреждения начального профессионального, высшего профессионального образования. Специальные (коррекционные) образовательные учреждения для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья. Образовательные учреждения для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (законных представителей)	3571,0	1039,1	3504,5	1008,5
№ п/п	Образовательные учреждения, при обучении в которых проводятся периодические медицинские осмотры несовершеннолетних	Тариф на законченный случай	в т.ч. стимулирующая надбавка		
1	Дошкольные образовательные учреждения	292,3	89,8		
2	Общеобразовательные (начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования	296,3	89,8		

	образовательные учреждения		
3	Образовательные учреждения начального профессионального, высшего профессионального образования. Специальные (коррекционные) образовательные учреждения для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья. Образовательные учреждения для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (законных представителей)	296,3	89,8

Приложение №16 /январь – декабрь
к Генеральному тарифному
соглашению на 2015 год

**Стоимость
законченного случая на проведение профилактических медицинских
осмотров**

№ п/п	Возраст	Несовершеннолетние	Тариф (мальчики)	в т.ч.доплата	Тариф (девочки)	в т.ч.допла- та
		(1 этап)				
1	новорожденный		194,0	75,3	194,0	75,3
2	новорожденный	в случае отсутствия сведения о прохождении неонатального и аудиологического скрининга	497,9	188,1	497,9	188,1
3	новорожденный	в случае отсутствия сведения о прохождении неонатального скрининга	282,6	114,6	282,6	114,6
4	новорожденный	в случае отсутствия сведения о прохождении аудиологического скрининга	409,3	148,8	409,3	148,8
5	1 месяц		1641,6	447,1	1641,6	447,1
6	1 месяц	в случае отсутствия сведения о прохождении аудиологического скрининга	1793,2	520,6	1793,2	520,6
7	2 месяца		194,0	75,3	194,0	75,3
8	3 месяца	в случае отсутствия сведения о прохождении аудиологического скрининга	965,8	333,6	965,8	333,6
9	3 месяца		750,6	260,1	750,6	260,1
10	4 месяца		194,0	75,3	194,0	75,3
11	5 месяцев		194,0	75,3	194,0	75,3
12	6 месяцев		742,9	257,0	742,9	257,0
13	7 месяцев		194,0	75,3	194,0	75,3
14	8 месяцев		194,0	75,3	194,0	75,3
15	9 месяцев		742,9	257,0	742,9	257,0
16	10 месяцев		194,0	75,3	194,0	75,3
17	11 месяцев		194,0	75,3	194,0	75,3
18	12 месяцев		1289,3	431,4	1289,3	431,4
19	1 год 3 месяца		194,0	75,3	194,0	75,3
20	1 год 6 месяцев		742,9	257,0	742,9	257,0
21	1 год 9 месяцев		194,0	75,3	194,0	75,3
22	2 года		742,9	257,0	742,9	257,0
23	2 года 6 месяцев		194,0	75,3	194,0	75,3
24	3 года		1857,8	657,6	1781,5	627,0
25	4 года		524,1	176,0	524,1	176,0
26	5 лет		524,1	176,0	524,1	176,0
27	6 лет		1168,7	401,5	1168,7	401,5
28	7 лет		3221,7	906,3	3199,1	875,7
29	8 лет		341,0	89,8	341,0	89,8
30	9 лет		341,0	89,8	341,0	89,8

31	10 лет		2202,2	761,3	2202,2	761,3
32	11 лет		753,7	241,8	753,7	241,8
33	12 лет		549,5	186,2	471,2	155,6
34	13 лет		341,0	89,8	341,0	89,8
35	14 лет		2999,7	821,0	2934,2	776,5
36	14 лет	при наличии медицинских показаний на исследования уровня гормонов в крови	3286,6	860,3	3219,1	829,7
37	15 лет		2515,2	900,3	2443,4	869,7
38	16 лет		2515,2	900,3	2443,4	869,7
39	17 лет		2515,2	900,3	2443,4	869,7
№ п/п	возраст	Взрослое население	Тариф (муж.)	В т. ч. доплата	Тариф (женщ.)	В т.ч. доплата
1	18,19,20,22,23,25 ,26,28,29,31,32,3 4,35,37,38		413,8	150,1	413,80	150,1
2	40,41,43,44		458,3	150,1		
3	46,47,49,50,52,53 ,55,56,58,59,61,6 2,64,65,67,68,70, 71,73,74,76,77,79 ,80,82,83,85,86,8 8,89,91		517,7	189,4		
4	40				458,3	150,1
5	41,43,44				608,8	192,7
6	46,47,49,50,52,53 ,55,56,58,59,61,6 2,64,65,67,68,70, 71,73,74				675,5	239,2
7	76,77,79,80,82,83 ,85,86,88,89,91				517,7	189,4

Приложение №17 /январь – декабрь
к Генеральному тарифному
соглашению на 2015 год

Стоимость тарифов
на проведение исследований в центре здоровья взрослого населения.

(в рублях)

Законченный случай комплексного обследования взрослого населения	Стоимость тарифа законченного случая	В т.ч.доплата
Законченный случай комплексного обследования	578,6	98,2
Законченный случай комплексного обследования (при выполнении ангиологического скрининга пациентам старше 30 лет)	595,1	105,3
Исследования при необходимости выявления дополнительных факторов риска		
Биоимпедансометрия	24,1	4,1
Анализ выдыхаемого воздуха на содержание моноксида углерода	20,9	2
Услуги стоматолога гигиениста не входящие в комплексное обследование		
Стоимость тарифа на 1 посещение	Стоимость тарифа на 1 посещение	В т.ч.доплата
Проведение профессиональной гигиены зубов- снятие зубного камня,шлифовка полировка	154,1	48,6
Реминерализующая терапия-покрытие фтор-лака	149,6	48,6
Услуги при обращении застрахованного для динамического наблюдения		
Скрининг сердца компьютеризированный	35,9	5,1
Ангиологический скрининг с автоматическим измерением систолического АД и расчетом ЛПИ (возраст старше 30 лет)	27,5	7,1
Исследования для диагностики нарушения зрения	26,3	
Экспресс-анализ для определения общего холестерина и глюкозы в крови	149,9	5,1
Экспресс-анализ для определения общего глюкозы в крови	43,5	3,0
Экспресс-анализ для определения общего холестерина в крови	43,5	3,0

Пульсоксиметрия	3,9	1,0
Оценка функций внешнего дыхания с помощью компьютеризированного спирометра	44,5	8,1
Биоимпедансометрия	15,8	4,1
Анализ выдыхаемого воздуха на содержание моноксида углерода	20,9	2,0
Прием врача терапевта(повторный)	101,9	40,8
Прием врача стоматолога-гигиениста (повторный консультативный)	194,7	104,2
Школы профилактики заболеваний		
	Стоимость тарифа на 1 занятие	В т.ч.доплата
Школа профилактики ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии.	350,1	116,5
Школа здорового питания	233,6	
Школа профилактики остеопороза, заболеваний суставов и позвоночника	350,1	116,5
Школа профилактики отказа от табакокурения и алкоголя	350,1	116,5

Стоймость
тарифов на проведение исследований в центре здоровья детского населения
(в рублях)

	Тариф законченного случая	В т.ч.доплата
Законченный случай комплексного обследования детского населения	579,0	98,2
Исследования при необходимости выявления дополнительных факторов риска		
Биоимпедансометрия	26,0	4,1
Анализ выдыхаемого воздуха на содержание моноксида углерода	17,7	2,0
Услуги стоматолога гигиениста не входящие в комплексное обследование		
	Стоймость тарифа на 1 посещение	В т.ч.доплата
Проведение профессиональной гигиены зубов-снятие зубного камня,шлифовка полировка	176,1	58,2
Реминерализующая терапия-покрытие фтор-лака	171,6	58,2
Услуги при обращении застрахованного для динамического наблюдения		

Скрининг сердца компьютеризированный	38,2	5,1
Исследования для диагностики нарушения зрения	30,3	
Экспресс-анализ для определения общего холестерина и глюкозы в крови	152,2	5,1
Экспресс-анализ для определения общего глюкозы в крови	44,9	3,0
Экспресс-анализ для определения общего холестерина в крови	44,9	3,0
Пульсоксиметрия	4,4	1,0
Оценка функций внешнего дыхания с помощью компьютеризированного спирометра	44,0	8,1
Биоимпедансометрия	17,6	4,1
Анализ выдыхаемого воздуха на содержание моноксида углерода	17,7	2,0
Прием врача педиатра(повторный)	122,5	37,9
Прием зубного врача (повторный консультативный)	102,6	18,2
Школы профилактики заболеваний		
	Стоимость тарифа на 1 занятие	В т.ч.доплата
Школа профилактики костно-мышечной системы	377,2	124,9
Школа профилактики сахарного диабета	377,2	124,9
Школа грудного вскармливания	193,6	62,5
Школа профилактики отказа от табакокурения и алкоголия	193,6	62,5

**Уровни оказания медицинской помощи и поправочные
коэффициент оплаты КПГ установленные для расчета законченного случая
по медицинским услугам, оказываемым за счет средств обязательного
медицинского страхования в стационарных условиях на территории
Республики Ингушетия**

№	Наименование ЛПУ и уровня оказания медицинской помощи
1	Республиканский уровень
1.1	ГБУ «Ингушская республиканская клиническая больница»
1.2	ГБУ «Центр охраны материнства и детства»
1.3	ГБУ «Республиканский кожно-венерологический диспансер»
1.4	ГБУ «Республиканский онкологический диспансер»
1.5	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный Центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г.Астрахань) (ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России, г.Астрахань)
1.6	«Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, г.Уфа. Республика Башкортостан)
1.7	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Северо-Кавказский многопрофильный медицинский центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г.Беслан)
1.8	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» имени академика Г.А.Илизарова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «РНЦ «ВТО» им.акад.Г.А.Илизарова, г.Курган)
1.9	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр сердца крови и эндокринологии имени В.А.Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
1.10	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени В.И.Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «НЦАГиП им В.И.Кулакова» Минздрава России, г.Москва)

1.11	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Я.Л.Цивьяна» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «ННИИТО им. Я.Л.Цивьяна» Минздрава России, г.Новосибирск)
1.12	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Российский научно-исследовательский институт гематологии и трансфузиологии Федерального медико-биологического агентства» (ФГБУ РосНИИГТ ФМБА России, г.Санкт-Петербург)
1.13	Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГБОУ ВПО СОГМА Минздрава России, г.Владикавказ, РСО-Алания)
1.14	Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И.Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГБОУ ВПО СЗГМУ им.И.И.Мечникова Минздрава России, г.Санкт-Петербург)
2	Центральный районный уровень
2.1	ГБУЗ «Малгобекская центральная районная больница»
2.2	ГБУЗ «Сунженская центральная районная больница»
	Городской уровень
3.1	ГБУЗ «Назрановская городская больница»
3.2	ГБУЗ «Карабулакская городская больница»
	Районный уровень
4.1	ГБУЗ «Малгобекская районная больница №2»
4.2	ГБУЗ «Сунженская районная больница №2»
4.3	ГБУЗ «Джейрахская районная больница»
	Участковый уровень
5.1	ГБУЗ «Кантышевская участковая больница»
5.2	ГБУЗ «Ачалукская участковая больница»

**Уровни оказания медицинской помощи и поправочные
коэффициент оплаты КПГ установленные для расчета законченного случая
по медицинским услугам, оказываемым за счет средств обязательного
медицинского страхования в стационарных условиях на территории
Республики Ингушетия**

№ стр	Код КПГ в системе OMC	Наименование клинико- профильной группы	Уровень оказания медицинской услуги				
			республиканский	центральный районный	городской	районный	участковый
Коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи примененный при расчете тарифов клинико-профильных групп							
			1,5	1,0	0,7	0,7	0,7
Управленческий коэффициент примененный при расчете тарифов клинико- профильных групп/коэффициент сложности курации							
1	1010	акушерское дело					
2	1020	акушерство и гинекология					/1,2
3	1030	аллергология и иммунология					
4	1040	гастроэнтерология					
5	1050	гематология					
6	1060	дерматология					/0,6
7	1070	детская кардиология					
8	1080	детская онкология					
9	1090	детская урология- андрология					
10	1100	детская хирургия					
11	1110	детская эндокринология					
12	1120	инфекционные болезни					
13	1130	кардиология					
14	1140	колопроктология					
15	1150	неврология					
16	1160	нейрохирургия					
17	1170	неонатология					/1,1
18	1180	нефрология					
19	1190	онкология					
20	1200	оториноларингологи					
21	1210	офтальмология					
22	1220	педиатрия					
23	1230	пульмонология					
24	1240	ревматология					
25	1250	сердечно-сосудистая хирургия					
26	1260	стоматология детская					
27	1270	терапия					/1,3

28	1280	торакальная хирургия	
29	1290	травматология и ортопедия	
30	1300	урология	
31	1310	хирургия	1,2
32	1320	хирургия (абдоминальная)	
33	1330	хирургия (комбустиология)	
34	1340	челюстно-лицевая хирургия	
35	1350	эндокринология	
36	1360	прочее	/0,6
37	1361	скорая медицинская помощь	/0,6

**Подушевой норматив
финансирования на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации за счет средств обязательного
медицинского страхования на территории Республики Ингушетия**

№ п/п	Наименование медицинской организации	Стоимость вызыва скорой медицинской помощи, в рублях	1	Подушевой норматив финансирова- ния на год, в рублях	Численность прикрепленного застрахованного населения, чел.	Объем финансирования по подушевому нормативу на 2015 год, в тыс. рублях	Объем финансирования за выполненные вызовы в соответствии с утвержденными годовыми объемами вызовов, в тыс. рублях	Объем финансирования планового на 2015 год, в тыс. рублях
			1	норматив финансирова- ния на год, в рублях				
1	ГБУ «Республиканская станция скорой медицинской помощи»		228792	23 336,8	56 961,3		80 298,1	
2	ГБУ «Сунженская станция скорой медицинской помощи»		77018	7 855,8	34 037,9		41 893,7	
3	ГБУ «Малгобекская станция скорой медицинской помощи»	1389,3	102,0	7 794,2	34 732,5		42 526,7	
4	ГБУЗ «Карабулакская городская больница»		30472	3 108,1	13 476,2		16 584,3	
5	ГБУЗ «Сунженская районная больница №2»		12539	1 279,0	5 557,2		6 836,2	
6	ГБУЗ «Джейрахская врачебная амбулатория»		3106	316,8	2 084,0		2 400,8	

Скорая медицинская помощь, оказанная на территории Республики Ингушетия гражданам Российской Федерации, застрахованным в других регионах РФ выставляется по стоимости за вызов скорой медицинской помощи. Стоимость вызова скорой медицинской помощи для указанных застрахованных составляет 1710,1 руб.

Плановые объемы медицинской помощи, оказываемые медицинскими организациями, работающими в системе обязательного медицинского страхования на 2015 год.

Неп /п	Медицинские организации	Плановые показатели объемов медицинской помощи на 2015 год					
		кол-во случаев комплексн ого обслед- я(п- нар)	кол-во случаев (стацио- нар)	кол-во случаев (дневной стационар)	кол-во процедур (дневной стационар гемодиализ)	кол-во исследов- -й	кол-во занятий(школа здравья)
1.	ГБУ «Ингушская республиканская клиническая больница»	21455		63983			
1.1	скорая неотложная медицинская помощь			58400			
1.2	магнито-резонансная томография					3430	
1.3	компьютерная томография					3430	
2	ГБУ "Республиканская поликлиника"			309299	769		
2.1	центр здоровья	12404	6970				1235
3	ГБУ "Республиканская детская поликлиника"			163084	269		
3.1	центр здоровья	12612	6973				495
4	ГБУ "Центр охраны материнства и детства"	6419					
5	ГБУЗ "Назрановская городская больница"	4346		755641	923		
6	ГБУЗ "Карабулакская городская больница"	1794		222772			9700
7	ГБУЗ "Малгобекская центральная районная больница"	13755		445709	738		
7.1	компьютерная томография					3430	
7.2	Фапы			10550			
8	ГБУЗ "Сунженская центральная районная больница"	12460		619346	1842		

8.1	магнито-резонансная томография				3430		
8.2	Фапы				33305		
9	ГБУЗ "Малгобекская районная больница №2"				2469	36725	
10	ГБУЗ "Сунженская районная больница №2"				1921	41223	4000
11	ГБУЗ "Джейрахская районная больница"				3635	24664	
12	ГБУЗ «Кантышевская участковая больница»				1043	96213	
12.	Фапы				1	19760	
13	ГБУЗ «Ачалукская участковая больница»				1398	23246	
14	ГБУЗ «Джейрахская районная врачебная амбулатория»				14	11148	
14.					1	1500	
1	Фапы				1	8500	
15	ГБУ "Республиканский онкологический диспансер"				15	43288	195
16	Медико-санитарная часть МВД Российской Федерации по Республике Ингушетия				16		
17	ГБУ "Республиканский кожно-венерологический диспансер"				17	878	60514
18	ГБУ "Республиканская стоматологическая поликлиника"				18	84475	
19	ГКУЗ «Республиканская станция скорой медицинской помощи»				19		41000
20	ГКУЗ «Сунженская районная станция скорой медицинской помощи»				20		24500
21	ГКУЗ «Малгобекская районная станция скорой медицинской помощи»				21		25000
22	ООО "Лаборатория здоровья семьи"				22	38028	308
23	ООО "ДИЛАКВ"				23		2592
24	"Здоровое поколение"				24		
25	ООО "Луч"				25		
26	ООО "МЦ Гипократ"				26		
27	ООО "Медицинский центр "Медиум""				27	38028	308
28	ООО «Британская медицинская компания»				28		12636
29	Федеральное государственное бюджетное учреждение "Северо -кавказский многопрофильный медицинский центр" Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Беслан)				29	100	20

	Федеральное государственное бюджетное учреждение "Федеральный Центр сердца крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова" Министерства здравоохранения Российской Федерации						
30		1900		3000	306		
31	Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центральная детская клиническая больница Федерального медико-биологического агентства» (ФГБУЗ ЦДКБ ФМБА России)	78					
31	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» имени академика Г.А.Илизарова»		Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «РНЦ «ВТО» им.акад. Г.А.Илизарова» Минздрава России)	30			
32	Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГБОУ ВПО СОГМА Минздрава России)	16					
33	Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Самарский государственный медицинский университет»		Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России)	7			
	Итого	73478	25016	32224844	5678	15228	13720
						105700	1730