**Выписка из протокола №3**

**по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Калининградской области**

Дата проведения: 30 марта 2016 года

**Повестка дня**

1. О внесении изменений и дополнений в Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Калининградской области на 2016 год:

**По первому вопросу постановили: Внести с 01 апреля 2016 года** следующие изменения и дополнения в Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Калининградской области на 2016 год:

1. Дополнитьраздел **III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи.**

**Пунктом 3** следующего содержания:

**«3. В части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях установить:**

**1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, подлежащих оплате за счет средств:**

**- базовой программы ОМС в сумме 3 066,09 рублей;**

**- на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС в сумме 435,90 рублей».**

**Пунктом 4** следующего содержания:

**«4. В части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях установить:**

**1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, подлежащих оплате за счет средств:**

**- базовой программы ОМС в сумме 3777,72 рублей;**

**- на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС в сумме 925,30 рублей».**

**2) Утвердить размер средней стоимости законченного случая лечения для расчета тарифа по медицинской помощи, оказываемой стационарно:**

**- в рамках базовой программы ОМС в сумме 18 347,82 рублей;**

**- на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС в сумме 66 612,30 рублей.**

**Пунктом 5** следующего содержания:

**«5. В части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара установить:**

**1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, подлежащих оплате за счет средств:**

**- базовой программы ОМС в сумме 679,56 рублей;**

**- на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС в сумме 14,80 рублей».**

**2) Утвердить размер средней стоимости законченного случая лечения для расчета тарифа по медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара:**

**- в рамках базовой программы ОМС в сумме 7 405,4 рублей;**

**- на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС в сумме 11 498,00 рублей.**

**Пунктом 6** следующего содержания:

**«6. В части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации установить:**

**1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, подлежащих оплате за счет средств:**

**- базовой программы ОМС в сумме 517,03 рублей;**

**- на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС в сумме 92,20 рублей».**

2. Приложение № 1.3 - **Тариф стоимости при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях на 2016 год** (приложение №1 к данному протоколу).

3. **Отменить** приложение № 2.4 - Перечень средних тарифов на оплату расходных материалов, изделий медицинского назначения и медикаментов при оказании медицинской помощи пациентам в разрезе профилей оказания медицинской помощи (отделений) в медицинских организациях Калининградской области на 2016 год.

4. **Отменить** приложение № 2.5 - Дополнительный средний тариф на оплату стационарных услуг, оказанных в сосудистом центре (ГБУЗ "Областная клиническая больница КО"), ФГБУ "Федеральный центр высоких медицинских технологий" Министерства здравоохранения РФ (Калининград) и в кардиологических отделениях с палатой реанимации и интенсивной терапии, в неврологических отделениях для больных с ОНМК (ГБУЗ КО "Городская клиническая больница скорой медицинской помощи", ГБУЗ КО "Центральная городская клиническая больница", ГБУЗ КО "Гусевская ЦРБ") на 2016 год.

5. **Отменить** приложение № 2.6 - Дополнительный средний тариф по лекарственному обеспечению на оплату круглосуточных стационарных услуг, оказанных в отделениях онкологии, онкохимиотерапии и радиологии ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области», в онкологическом отделении ГБУЗ «Детская областная больница Калининградской области» при лечении в круглосуточном стационаре, в гематологическом отделении ГБУЗ КО «Центральная городская клиническая больница» при лечении в круглосуточном стационаре на 2016 год.

6. Приложение № 2.2 - Тариф стоимости случая госпитализации при оказании медицинской помощи в стационарных условиях на 2016 год изложить в следующей редакции (приложение №2 к данному протоколу).

7. Приложение № 3.2 – Тариф стоимости случая лечения оказанного в условиях дневных стационаров всех типов на 2016 год изложить в следующей редакции (приложение №3 к данному протоколу).

8. Приложение № 3.5 – Тариф стоимости медицинских услуг на проведение заместительной почечной терапии методам диализа на 2016 год изложить в следующей редакции (приложение №4 к данному протоколу).

9. Приложение № 6.2.1 изложить в следующей редакции - Акт медико-экономической экспертизы СМП плановой (приложение №5 к данному протоколу).

Утвердить **приложение № 6.2.1.1** - Акт медико-экономической экспертизы СМП целевой (приложение №6 к данному протоколу).

10. Внести дополнения в приложение № 7 - Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной гражданам, не идентифицированным в системе обязательного медицинского страхования, а также не застрахованным в системе обязательного медицинского страхования (приложение №7 к данному протоколу).

Приложение №1 к протоколу от 30 марта 2016 года

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 1.3  к Тарифному соглашению в системе ОМС Калининградской области  от « 01 » февраля 2016 года |

**Тариф**

**стоимости при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях**

**на 2016 год**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Специальности | Виды посещений | Тариф стоимости одного амбулаторного посещения (руб.) | | | |
| детское население | | взрослое население | |
| в том числе | | в том числе | |
| по базовой програм  ме | сверх базовой программы | по базовой программе | сверх базовой программы |
| 52 | Диспансеризация определенных групп населения **– первый этап (полный тариф)** | Мужчины | | | | |
| **21,24,27,30,33 года** |  |  | **959,00** |  |
| **78,84,90,96 лет** |  |  | **1102,00** |  |
| **36,42 года** |  |  | **1150,00** |  |
| **48,54,60,66,72 года** |  |  | **1260,50** |  |
| **39,45,81,87,93,99 лет** |  |  | **1652,50** |  |
| **51,57,63,69,75 лет.** |  |  | **1809,50** |  |
| Женщины | | | | |
| **21,24,27,30,33,36,78,84,90,96 лет** |  |  | **1069,00** |  |
| **42,72 года** |  |  | **1461,50** |  |
| **48,54,60,66,81,87,93,99 лет** |  |  | **1661,30** |  |
| **39,45,69,75 лет** |  |  | **2103,80** |  |
| **51,57,63 года** |  |  | **2262,00** |  |
| 55 | **Диспансеризация детей-сирот (мальчиков/девочек), пребывающих в стационарных учреждениях** | **0 -17 лет** | **3724,40** |  |  |  |
| 56 | **Диспансеризация детей-сирот (мальчиков/девочек), усыновленных, принятых под опеку (попечительство)** | **0 -17 лет** | **3724,40** |  |  |  |

Приложение №3 к протоколу от 30 марта 2016 года

Приложение № 3.2 к Тарифному соглашению в системе ОМС

Калининградской области

от « 01 » февраля 2016 года

**Тариф**

**стоимости случая лечения оказанного в условиях дневных стационаров всех типов на 2016 год**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Профили | Тариф стоимости одного случая лечения (руб.) | | | |
| по базовой программе | | сверх базовой программы | |
| детское население | взрослое население | детское население | взрослое население |
| 1 | Терапевтический | 6 484,86 | 6 484,86 |  |  |
| **2** | **Онкологический** | **36 307,23** | **36 307,23** |  |  |
| 3 | Инфекционный | 9 417,46 | 9 417,46 |  |  |
| 4 | Дерматологический | 7 205 40 | 7 205,40 |  |  |
| 5 | Психиатрический |  |  | 6 247,08 | 6 247,08 |
| 6 | Фтизиатрический |  |  | 16 017,60 | 16 017,60 |
| 7 | Наркологический |  |  | 6 636,17 | 6 636,17 |

Приложение №4 к протоколу от 30 марта 2016 года

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 3.5  к Тарифному соглашению в системе ОМС  Калининградской области  от « 01 » февраля 2016 года |

**Тариф**

**стоимости медицинских услуг на проведение заместительной почечной терапии методом диализа на 2016 год**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № пп | Виды медицинской помощи | Единица оплаты | Тариф стоимости ме-дицинской услуги по базовой программе (взрослое-детское население) (руб.) |
| 1 | **Гемодиализ** | **услуга** | **5705,00** |
| 2 | **Перитонеальный диализ** | **день обмена** | **4528,60** |

Приложение №5 к протоколу от 30 марта 2016 года

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | |  | | --- | | Приложение № 6.2.1  к Тарифному соглашению в системе ОМС  Калининградской области  от «\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_ 2016 года | |

Акт № \_\_\_\_\_\_\_

медико-экономической экспертизы СМП плановой

(тематической, иногородних)

**от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.**

1.Дата проведения экспертизы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.Фамилия, имя, отчество специалиста-эксперта (код специалиста - эксперта)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Наименование проверяющей организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Вид медицинской помощи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Номер счета за медицинские услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. N полиса обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Номер карты вызова скорой медицинской помощи

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Диагноз основного заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Код МКБ 10 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

11. Диагноз сопутствующего заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Дата вызова\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

13. Стоимость лечения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14. **Структура вызова:**

Специализированная бригада Неотложная медицинская помощь

Врачебная бригада (общего профиля) Транспортировка

Фельдшерская бригада Безрезультативный вызов

Попутный вызов

15. Фамилия, имя, отчество врача (фельдшера)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

16. Соблюдение (увеличение) сроков ожидания СМП:

- от 50% до 100% от норматива, установленного территориальной программой государственных гарантий;

- свыше 100% от норматива, установленного территориальной программой государственных гарантий.

Заключение специалиста - эксперта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ВЫВОДЫ:**

Не подлежит оплате (сумма удержания) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подлежит оплате \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код дефекта / нарушения \_\_\_\_\_:

Сумма не подлежащая оплате (возмещение) \_\_\_\_\_\_\_

Размер штрафа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подлежит оплате \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Не подлежит оплате \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Специалист-эксперт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Руководитель СМО/ТФОМС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/ Руководитель МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/

МП подпись, Ф.И.О. МП подпись, Ф.И.О.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г. «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.

дата подписания дата подписания

Приложение №6 к протоколу от 30 марта 2016 года

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | |  | | --- | | Приложение № 6.2.1.1  к Тарифному соглашению в системе ОМС  Калининградской области  от «\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_ 2016 года | |

Акт № \_\_\_\_\_\_\_

медико-экономической экспертизы СМП целевой

(по жалобе, претензии, смерть в присутствии бригады)

от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.

1.Дата проведения экспертизы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.Фамилия, имя, отчество специалиста-эксперта (код специалиста - эксперта)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Наименование проверяющей организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Вид медицинской помощи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Номер счета за медицинские услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. N полиса обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Номер карты вызова скорой медицинской помощи

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Диагноз основного заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Код МКБ 10 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Диагноз сопутствующего заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Дата вызова\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

13. Стоимость лечения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14. **Структура вызова:**

Специализированная бригада Неотложная медицинская помощь

Врачебная бригада (общего профиля) Транспортировка

Фельдшерская бригада Безрезультативный вызов

Попутный вызов

15. Фамилия, имя, отчество врача (фельдшера)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

16. Соблюдение (увеличение) сроков ожидания СМП:

- от 50% до 100% от норматива, установленного территориальной программой государственных гарантий;

- свыше 100% от норматива, установленного территориальной программой государственных гарантий.

Заключение специалиста - эксперта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ВЫВОДЫ:**

Не подлежит оплате (сумма удержания) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подлежит оплате \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код дефекта / нарушения: \_\_\_\_\_

Сумма не подлежащая оплате (возмещение) \_\_\_\_\_\_\_

Размер штрафа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подлежит оплате \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Не подлежит оплате \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Специалист-эксперт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Руководитель СМО/ТФОМС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/ Руководитель МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/

МП подпись, Ф.И.О. МП подпись, Ф.И.О.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г. «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.

дата подписания дата подписания

Приложение №7 к протоколу от 30 марта 2016 года

Приложение № 7

к Тарифному соглашению в системе ОМС

Калининградской области

от «\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_ 2016 года

Приложение № 7:

**- Пункт 16** дополнить предложением следующего содержания: «**В исключительных случаях (при необходимости более длительного оказания медицинской помощи обусловленного тяжестью состояния пациента и невозможности оказания медицинской помощи необходимого уровня в иных условиях) Рабочая группа принимает решение об объемах оплаты по результату экспертизы, проведенной страховой медицинской организации».**

- **Приложение №1** к приложению №7 к Тарифному соглашению в системе ОМС Калининградской области дополнить **графой 12**.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Приложение №1 к приложению № 7  к Тарифному соглашению в системе ОМС  Калининградской области  от «\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_ 2016 года | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **СПИСОК** | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  | |  | |  | |  | |
| **не идентифицированных граждан** | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  | |  | |  | |  | |
| пролеченных в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | |
|  |  |  | (наименование медицинской организации) | | | | | | | | | | | | |  |  |  | |  | |  | |  | |
| для предоставления на Рабочую группу для рассмотрения вопроса по оплате за оказанные медицинские услуги | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | (месяц, год) | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| № п/п | Ф.И.О. больного (полностью) | Дата рождения (ДД.ММ.ГГГГ) | Документ, удостоверяющий личность (наименование, серия, №) | Гражданство | СНИЛС | Категория застрахованного лица (работающий/неработающий) | Место работы для работающих граждан | Адрес проживания | Полис ОМС | Вид медицинской помощи | **Форма медицинской помощи** | Отделение**\*** | Код нозологии по МКБ-10 | Дата госпитализации/обращения (ДД.ММ.ГГГГ) | Дата выписки (ДД.ММ.ГГГГ) | Фактическое к-во к/дней | Результат госпитализации | | Стоимость лечения | | Дополнительная информация | | Результат обработки\*\* | | Решение об оплате/отказе в оплате\*\* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | **12** | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | | 19 | | 20 | | 21 | | 22 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| **ИТОГО** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  |
| Руководитель МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | ФИО | | | | | |  | подпись | | | | |  |  |  |  | |  | |  | |  | |
| Главный бухгалтер МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | ФИО | | | | |  |  |  | подпись | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |
|  | М.П. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |
| Представитель, ответственный за составление и предоставление списка | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |  | |
|  |  |  |  |  | (ФИО полностью) | | | | | | | | | | |  | (телефон исполнителя) | | | | | | |  | |
| **\*** | **В случае перевода больного из одного отделения в другое указываются все отделения** | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |
| \*\* | **Заполняется Рабочей группой** | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |