

ДОПОЛНЕНИЕ № 5
К ТАРИФНОМУ СОГЛАШЕНИЮ
НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В
СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ НА 2019 ГОД

г. Астрахань

« 31 » мая 2019 г.

Настоящее Дополнение к Тарифному соглашению разработано и заключено в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в целях предоставления гражданам в Астраханской области равных условий в получении бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Астраханской области (далее - ТП ОМС) и включает разделы, предусмотренные приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 № 247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения».

Участники соглашения:

1. Министерство здравоохранения Астраханской области в лице и.о. министра здравоохранения Астраханской области, председателя – О.С.Гребневой
2. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Астраханской области в лице директора - заместителя председателя заседания - А.Г. Циха
3. Астраханский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» в лице директора, действующего на основании Положения об Астраханском филиале ОАО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» и доверенности от 23.05.2019 № 243 - секретаря заседания Т.Ю. Шабалиной
4. Филиал АО «МАКС-М» в г. Астрахани в лице и.о. директора, действующего на основании Положения о филиале АО «МАКС-М» в г. Астрахани и доверенности от 01.01.2019 №04 (МЕД). В.А. Лукашева
5. Региональная общественная организация «Врачебная палата Астраханской области» в лице председателя - С.А. Ольховской
6. Астраханская областная организация профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации, в лице председателя - Е.В.Свекольниковой

В целях реализации приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 № 247 внесено на рассмотрение участников Тарифного соглашения:

1. Изложение строки профиля «Гериатрия» приложения № 23 к Тарифному соглашению «Распределение КСГ заболеваний по профилям медицинской деятельности, коэффициенты относительной затратоемкости КСГ и управленческие коэффициенты для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях» в новой редакции:

№ п/п	Код	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ	Управленческий коэффициент (КУ) повыш. КСГ	Управленческий коэффициент (КУ) пониж. КСГ
359	st38.001	Соматические заболевания, осложненные старческой астенией	1,50		0,8141

Решение:

1. Изложить строку профиля «Гериатрия» приложения № 23 к Тарифному соглашению «Распределение КСГ заболеваний по профилям медицинской деятельности, коэффициенты относительной затратоемкости КСГ и управленческие коэффициенты для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях» в новой редакции:

№ п/п	Код	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ	Управленческий коэффициент (КУ) повыш. КСГ	Управленческий коэффициент (КУ) пониж. КСГ
359	st38.001	Соматические заболевания, осложненные старческой астенией	1,50		0,8141

Проголосовало: «ЗА» 5 чел.
«ПРОТИВ» — чел.
«ВОЗДЕРЖАЛИСЬ» — чел.

2. Замена слов «относящимся к другому профилю» в приложение № 26 к Тарифному соглашению «Коэффициент сложности лечения пациента при оказании медицинской помощи (КСЛП)» словами «не включенными в перечень диагнозов, определенных КСГ «Соматические заболевания, осложненные старческой астенией»».

Решение:

2. Заменить слова «относящимся к другому профилю» в приложение № 26 к Тарифному соглашению «Коэффициент сложности лечения пациента при оказании медицинской помощи (КСЛП)» словами «не включенными в перечень диагнозов, определенных КСГ «Соматические заболевания, осложненные старческой астенией»».

Проголосовало: «ЗА»	<u>5</u> чел.
«ПРОТИВ»	<u>—</u> чел.
«ВОЗДЕРЖАЛИСЬ»	<u>—</u> чел.

3. Дополнение приложения № 4 «Порядок оплаты прерванных случаев лечения в круглосуточном стационаре и дневных стационарах всех типов, а также случаев лечения при переводе пациентов из одного структурного подразделения в другое в пределах одной медицинской организации либо между медицинскими организациями» к Тарифному соглашению:

3.1. В таблице после строки:

«

ds02.001	Осложнения беременности, родов, послеродового периода
----------	---

 »

Дополнить следующей строкой:

«

ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)
----------	---

 »

3.2. В таблице «Перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию» после строки:

«

ds02.004	Операции на женских половых органах (уровень 2)
----------	---

 »

Дополнить следующей строкой:

«

ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)
----------	---

 »

Решение:

3. Дополнить приложение № 4 «Порядок оплаты прерванных случаев лечения в круглосуточном стационаре и дневных стационарах всех типов, а также случаев лечения при переводе пациентов из одного структурного подразделения в другое в пределах одной медицинской организации либо между медицинскими организациями» к Тарифному соглашению:

3.1. В таблице после строки:

«

ds02.001	Осложнения беременности, родов, послеродового периода
----------	---

 »

следующей строкой:

«

ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)
----------	---

 »

3.2. В таблице «Перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию» после строки:

Дополнить следующей строкой:

Проголосовало:	«ЗА»	<u>5</u>	чел.
	«ПРОТИВ»	<u>—</u>	чел.
	«ВОЗДЕРЖАЛИСЬ»	<u>—</u>	чел.

4. Изложение приложений к Тарифному соглашению в новой редакции:
- приложение №15 «Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации определенных групп взрослого населения (I этап)» согласно приложению №1 к Дополнению №5;
 - приложение №16 «Тарифы медицинских услуг на оплату проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения (I этап)» согласно приложению №2 к Дополнению №5;
 - приложение №17 «Тарифы медицинских услуг на оплату проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения (II этап)» согласно приложению №3 к Дополнению №5;
 - приложение №18 «Тарифы на оплату проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения» согласно приложению №4 к Дополнению №5.

Действие изменений распространить на отношения, возникшие с 06.05.2019.

Решение:

4. Изложить приложения к Тарифному соглашению в новой редакции:
- приложение №15 «Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации определенных групп взрослого населения (I этап)» согласно приложению №1 к Дополнению №5;
 - приложение №16 «Тарифы медицинских услуг на оплату проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения (I этап)» согласно приложению №2 к Дополнению №5;
 - приложение №17 «Тарифы медицинских услуг на оплату проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения (II этап)» согласно приложению №3 к Дополнению №5;
 - приложение №18 «Тарифы на оплату проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения» согласно приложению №4 к Дополнению №5.

Действие изменений распространить на отношения, возникшие с 06.05.2019.

Проголосовало:	«ЗА»	<u>5</u>	чел.
	«ПРОТИВ»	<u>—</u>	чел.
	«ВОЗДЕРЖАЛИСЬ»	<u>—</u>	чел.

5. Изложение приложения №30 «Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества» к Тарифному соглашению в новой редакции согласно приложению №5 к Дополнению №5.

Действие изменения распространить на отношения, возникшие с 28.05.2019.

Решение:

5. Изложить приложение №30 «Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества» к Тарифному соглашению в новой редакции согласно приложению №5 к Дополнению №5.

Действие изменения распространить на отношения, возникшие с 28.05.2019.

Проголосовало: «ЗА» 5 чел.
«ПРОТИВ» — чел.
«ВОЗДЕРЖАЛИСЬ» — чел.

6. Дополнение пункта 20 «Астраханская клиническая больница Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Южный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства»» в приложении № 24 «Распределение медицинских организаций по уровням оказания медицинской помощи» к Тарифному соглашению: после слов «оториноларингологические» строками следующего содержания:

Реабилитационные для больных с заболеваниями ОДА и ПНС	1.1
Реабилитационные для больных с заболеваниями ЦНС и органов чувств	1.1

Действие изменения распространить на отношения, возникшие с 01.05.2019.

Решение:

6. Дополнить пункт 20 «Астраханская клиническая больница Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Южный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства»» в приложении № 24 «Распределение медицинских организаций по уровням оказания медицинской помощи» к Тарифному соглашению: после слов «оториноларингологические» строками следующего содержания:

Реабилитационные для больных с заболеваниями ОДА и ПНС	1.1
Реабилитационные для больных с заболеваниями ЦНС и органов чувств	1.1

Действие изменения распространить на отношения, возникшие с 01.05.2019.

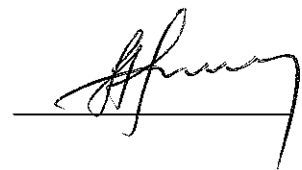
Проголосовало: «ЗА»	<u>5</u>	чел.
«ПРОТИВ»	<u>—</u>	чел.
«ВОЗДЕРЖАЛИСЬ»	<u>—</u>	чел.

ТФОМС АО довести данное Дополнение № 5 к Тарифному соглашению до страховых медицинских организаций и медицинских организаций.

1. от министерства здравоохранения Астраханской области, и.о. министра здравоохранения Астраханской области, председатель заседания -

не присутствует О.С.Гребнева

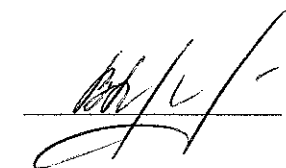
2. от ТФОМС Астраханской области, директор - заместитель председателя заседания -

 А.Г. Цих

3. от Астраханского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед», директор - секретарь заседания

 Т.Ю. Шабалина

4. от Филиала АО «МАКС-М» в г. Астрахани, и.о. директора

 В.А. Лукашев

5. от региональной общественной организации «Врачебная палата Астраханской области», председатель

 С.А. Ольховская

6.от Астраханской областной организации профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации, председатель

 Е.В.Свекольникова

Дополнение № 5 к Тарифному соглашению на 6 листах с приложениями №№1, 2, 3, 4, 5.

Приложение № 1
к Дополнению № 5

Приложение № 15
к Тарифному соглашению
от " 25 " января 2019 г.

**Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации
определенных групп взрослого населения**

(I ЭТАП)

Возраст	Стоимость законченного случая, руб.	Возраст	Стоимость законченного случая, руб.
Мужчины		Женщины	
18,24,30	573	18, 24,30	635
21,27,33	458	21,27,33	520
36	705	36	767
39	590	39	652
40,44,46,52,56,58,62	1264	40,44,46,50,52,56,58,62,64	1459
41,43,47,49,53,59,61	743	41,43,47,49,53,55,59,61	750
42,48,54	1414	42,48,54,60	1664
45	1920	45	1756
50,64	1490	51,57,63	955
51,57,63	893	65,71	1264
55	969	66,70,72	1417
60	1640	67,69,73,75	1114
65,71	1257	68,74	1567
66,70,72	1222	76,78,82,84,88,90,94,96	823
67,69,73,75	1107	77,83,89,95	858
68,74	1372	79,81,85,87,91,93,97,99	708
70	1222	80,86,92,98	973
76,78,82,84,88,90,94,96	816		
77,83,89,95	851		
79,81,85,87,91,93,97,99	701		
80,86,92,98	966		

**Тарифы медицинских услуг на оплату проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации
определенных групп взрослого населения
(I ЭТАП)**

Осмотр, исследование, мероприятие	Тариф на осмотр, исследование, иное медицинское мероприятие, руб.*
Анкетирование	137
Измерение артериального давления на периферических артериях	
Прием (осмотр) врачом-терапевтом по результатам первого этапа диспансеризации, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпация щитовидной железы, лимфатических узлов, с целью установления диагноза, определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения, определения медицинских показаний для осмотров (консультаций) и обследований в рамках второго этапа диспансеризации или Прием (осмотр) по результатам профилактического медицинского осмотра, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов, фельдшером фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, врачом-терапевтом или врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья	
Расчет на основании антропометрии (измерение роста, массы тела, окружности талии) индекса массы тела	40
Исследование уровня общего холестерина в крови (допускается использование экспресс-метода)	42
Определение уровня глюкозы в крови натощак (допускается использование экспресс-метода)	47
Определение относительного сердечно-сосудистого риска	42
Определение абсолютного сердечно-сосудистого риска	42
Флюорографию легких (или рентгенография легких)	115
Измерение внутриглазного давления	108
Электрокардиографию в покое	132
Осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом женщин	47
Взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки	55
Проведение краткого индивидуального профилактического консультирования в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья) врачом-терапевтом	150
Общий анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, СОЭ)	195
Маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм	188
Определение простат-специфического антигена в крови	226
Исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом	406
Эзофагогастродуоденоскопия (при необходимости может проводиться с применением анестезиологического пособия, в том числе в медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в условиях дневного стационара)	801

* Осмотр, исследование, иное медицинское мероприятие проводится в соответствующие возрастные периоды согласно приложению № 1 к приказу МЗ РФ от 03.03.2019 г. № 124н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения"

**Тарифы медицинских услуг на оплату проведения диспансеризации
определенных групп взрослого населения
(II этап)**

Осмотр, исследование, мероприятие	Тариф на осмотр, исследование, иное медицинское мероприятие, руб.*
Осмотр (консультация) врачом-неврологом	365
Дуплексное сканирование брахицефальных артерий	343
Осмотр (консультация) врачом-хирургом или врачом-урологом	332
Осмотр (консультация) врачом-хирургом или врачом-колопроктологом, включая проведение ректороманоскопии	817
Колоноскопия	1 676
Эзофагогастродуоденоскопия	801
Рентгенографию легких	115
Компьютерную томографию легких	690
Осмотр (консультация) врачом-акушером-гинекологом	365
Осмотр (консультация) врачом-оториноларингологом	266
Осмотр (консультация) врачом-офтальмологом	233
Проведение индивидуального или группового (школы для пациентов) углубленного профилактического консультирования	249
Спирометрия	287
Прием (осмотр) врачом-терапевтом по результатам второго этапа диспансеризации	

* Осмотр, исследование, иное медицинское мероприятие проводится в соответствующие возрастные периоды согласно приложению № 1 к приказу МЗ РФ от 03.03.2019 г. № 124н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения"

Приложение № 4
к Дополнению № 5

Приложение № 18
к Тарифному соглашению
от " 25 " января 2019 г.

Тарифы на оплату проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения

МУЖЧИНЫ		ЖЕНЩИНЫ	
Возраст	Стоимость законченного случая, руб.	Возраст	Стоимость законченного случая, руб.
18,20,22,24,26,28,30,32,34	423	18,20,22,24,26,28,30,32,34	430
19,21,23,25,27,29,31,33	308	19,21,23,25,27,29,31,33	315
35,37,39	440	35,37,39	447
36,38	555	36,38	562
40,42,44,46,48,50,52,54,56,58,60,62,64	663	40,42,44,46,48,50,52,54,56,58,60,62,64	623
41,43,45,47,49,51,53,55,57,59,61,63	548	41,43,45,47,49,51,53,55,57,59,61,63	508
65,67,69,71,73,75,77,79,81,83,85,87,89,91,93,95,97,99 и старше	506	65,67,69,71,73,75,77,79,81,83,85,87,89,91,93,95,97,99 и старше	466
66,68,70,72,74,76,78,80,82,84,86,88,90,92,94,96,98 и старше	621	66,68,70,72,74,76,78,80,82,84,86,88,90,92,94,96,98 и старше	581

Приложение № 5
к Дополнению № 5

Приложение № 30
к Тарифному соглашению
от " 25 " января 2019 г.

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

Код дефе кта	Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи (K _{но})	Коэффициент для определения размера штрафа (K _{шт})
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, участвующей в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – ТПОМС);	-	0,3
1.1.2	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;	-	0,3
1.1.3	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, времени доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме.	-	0,3
1.2	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с ТПОМС, в том числе:		
1.2.1	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	-	1,0
1.2.2	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания;	-	3,0

13	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;	-	1,0	
1.3.2	повлекший за собой причинение вреда здоровью, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке).	-	3,0	
1.4	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную ТП ОМС.	1,0	1,0	
1.5	Приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, лекарственных препаратов и/или медицинских изделий в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств», согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам медицинской помощи.	0,5	0,5	
Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения				
2.1	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет.		1,0	
2.2	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации:			
2.2.1	о режиме работы медицинской организации;	-	0,3	
2.2.2	об условиях оказания медицинской помощи, установленных ТП ОМС, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;	-	0,3	
2.2.3	о видах оказываемой медицинской помощи;	-	0,3	
2.2.4	о показателях доступности и качества медицинской помощи;	-	0,3	
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;	-	0,3	
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.	-	0,3	
2.3	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях.			
2.4	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:	-	1,0	

2.4.1	о режиме работы медицинской организации;		0,3
2.4.2	об условиях оказания медицинской помощи, установленных ТП ОМС, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;	-	0,3
2.4.3	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;	-	0,3
2.4.4	о показателях доступности и качества медицинской помощи;	-	0,3
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;	-	0,3
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.	-	0,3
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).	0,1	1,0
3.2	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи:		
3.2.1	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	-
3.2.2	приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) отсутствия письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,3	-
3.2.3	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);	0,4	-
3.2.4	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);	0,9	1,0
3.2.5	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	1,0	3,0
3.3	Выполнение непоказанных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи мероприятий:		
3.3.2	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск	0,4	-

	прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).		
3.4	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).	0,5	-
3.5	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, дефекты лечения, преждевременная выписка), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обостренное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 15 дней со дня завершения амбулаторного лечения; повторная госпитализация в течение 30 дней со дня завершения лечения в стационаре; повторный вызов скорой медицинской помощи в течение 24 часов от момента предшествующего вызова.	0,3	-
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.	0,8	1,0
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.	0,7	0,3
3.8	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.	0,6	-
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, консультации в других медицинских организациях.	0,3	-
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.	0,9	1,0
3.13	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.	0,3	0,3
3.14	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории вследствие дефектов при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи.	0,9	1,0
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.	1,0	1,0
4.2	Отсутствие в первичной медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи.	0,1	-
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.	0,1	-
4.4	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление истории болезни, с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	0,5	-
4.5	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).	1,0	-
4.6	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов.		
4.6.1	Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы.	*	0,3
4.6.2	Включение в счет на оплату медицинской помощи/медицинских услуг при отсутствии в медицинском документе сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи пациенту.	1,0	1,0
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;	1,0	-
5.1.2	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	1,0	-
5.1.3	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;	1,0	-
5.1.4	некорректное заполнение полей реестра счетов;	1,0	-
5.1.5	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	1,0	-
5.1.6	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.	1,0	-
5.2	Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации:		
5.2.1	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи другому застрахованному лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;	1,0	-

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.);	1,0	-
5.2.3	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис ОМС на территории другого субъекта РФ;	1,0	-
5.2.4	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах;	1,0	-
5.2.5	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории РФ.	1,0	-
5.3	Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в ТП ОМС:		
5.3.1	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в ТП ОМС;	1,0	-
5.3.2	предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке ТП ОМС;	1,0	-
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).	1,0	-
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;	1,0	-
5.4.2	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.	1,0	-
5.5	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности:		
5.5.1	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	1,0	-
5.5.2	предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации;	1,0	-
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).	1,0	-
5.6	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистами, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.	1,0	-
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);	1,0	-
5.7.2	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	1,0	-
5.7.3	стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;	1,0	-
5.7.4	стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованное в системе ОМС;	1,0	-
5.7.5	включения в реестр счетов медицинской помощи: - амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи); - пациенто-дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях);	1,0	-
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.	1,0	-

*- при выявлении некорректного применения тарифа, требующего его замены, с медицинской организации удерживается сумма с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить.

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = PT \times K_{но}, \text{ где:}$$

PT - размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи;

K_{но} - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) к порядку организации и проведения контроля, предусмотренным в порядке организации и проведения контроля

Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неокказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (C_{шт}), рассчитывается по формуле:

$$C_{шт} = RP \times K_{шт},$$

1) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

$$C_{шт} = RP_A \text{ базовый} \times K_{шт}, \text{ где:}$$

РП_{А базовый} - подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный Тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

К_{штг}- коэффициент для определения размера штрафа

2) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации:

$C_{штг} = РП_{СМП базовый} \times K_{штг}$, где:

РП_{СМП базовый} - подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный Тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

К_{штг} - коэффициент для определения размера штрафа

3) при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания:

$C_{штг} = РП_{ПП базовый} \times K_{штг}$, где:

РП_{ПП базовый}- подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный Тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

К_{штг}- коэффициент для определения размера штрафа

4) при оказании медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара:

$C_{штг} = РП_{СТ} \times K_{штг}$, где:

РП_{СТ}- подушевой норматив финансирования, установленный в соответствии с территориальной программой на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

К_{штг}- коэффициент для определения размера штрафа