

**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ №5
К ТАРИФНОМУ СОГЛАШЕНИЮ
НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В
СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ НА 2021 ГОД**

г. Астрахань

«26» июля 2021 г.

Настоящее Дополнение к Тарифному соглашению на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования в Астраханской области на 2021 год (далее - Тарифное соглашение) 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 Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020 № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения».

Участники соглашения:

1. Министерство здравоохранения Астраханской области в лице министра здравоохранения Астраханской области - председателя заседания - А.В. Спирина
2. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Астраханской области в лице и.о. директора - С.К. Нахушева
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 01.01.2021 № Д-8/2021 - секретаря заседания Т.Ю. Шабалиной
4. Региональная общественная организация «Врачебная палата Астраханской области» в лице председателя - А.М. Шишлонова
5. Астраханская областная организация профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации, в лице председателя - Е.В. Свекольниковой

В целях реализации приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н внесено на рассмотрение участников Тарифного соглашения:

1. Дополнение Тарифного соглашения в части установления тарифов на проведение углубленной диспансеризации, включающую исследования и иные медицинские вмешательства в соответствии с перечнем исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках углубленной диспансеризации,

установленным программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий год, в т.ч.:

1.1. Дополнение раздела 3. «Тарифы на оплату медицинской помощи». В пункте 3.1. «При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (АПП) установлены», после абзаца 20 дополнить абзац следующего содержания «Тарифы медицинских услуг на оплату проведения углубленной диспансеризации» Приложением № 24.1.

1.2. Дополнение Приложения №1 к Тарифному соглашению «Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторно-поликлинических учреждениях (амбулаторно-поликлинических подразделениях) в соответствии с утвержденными Тарифным соглашением способами» пунктом 21 следующего содержания: «Углубленная диспансеризация, включающая исследования и иные медицинские вмешательства в соответствии с ППГ».

1.3. Изменение в приложение №20 «Тарифы и коэффициенты на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации определенных групп взрослого населения» и, далее по тексту, слов «от 13.03.2019 г. № 124н» на слова «от 27.04.2021 г. № 404н».

1.4. Дополнение Тарифного соглашения приложением №24.1 «Тарифы медицинских услуг на оплату проведения углубленной диспансеризации».

Действие изменений распространить на отношения, возникшие с 01.07.2021.

Решение:

1. Дополнить Тарифное соглашение в части установления тарифов на проведение углубленной диспансеризации, включающую исследования и иные медицинские вмешательства в соответствии с перечнем исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках углубленной диспансеризации, установленным программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий год, в т.ч.:

1.1. Дополнить раздел 3. «Тарифы на оплату медицинской помощи», пункта 3.1, «При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (АПП) установлены», абзацем 20 следующего содержания «Тарифы медицинских услуг на оплату проведения углубленной диспансеризации» Приложением № 24.1.

1.2. Дополнить Приложение №1 к Тарифному соглашению «Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторно-поликлинических учреждениях (амбулаторно-поликлинических подразделениях) в соответствии с утвержденными Тарифным соглашением способами» пунктом 21 следующего содержания: «Углубленная диспансеризация, включающая исследования и иные медицинские вмешательства в соответствии с ППГ».

1.3. Изменить в приложении №20 «Тарифы и коэффициенты на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации определенных групп взрослого населения» и, далее по тексту, слова «от 13.03.2019 г. № 124н» на слова «от 27.04.2021 г. № 404н».

1.4. Дополнить Тарифное соглашение приложением № 24.1. «Тарифы медицинских услуг на оплату проведения углубленной диспансеризации».

Действие изменений распространить на отношения, возникшие с 01.07.2021.

Проголосовало:	«ЗА»	<u>4</u>	чел.
	«ПРОТИВ»	<u>—</u>	чел.
	«ВОЗДЕРЖАЛИСЬ»	<u>—</u>	чел.

2. Изменение в Дополнительное соглашение № 2 от 30.03.2021 к Тарифному соглашению, заменив в абзаце втором пункта 2 слова: «с 01.03.2021» словами: «с 01.03.2021 по 29.06.2021».

Решение:

2. Утвердить изменения в Дополнительное соглашение №2 от 30.03.2021 к Тарифному соглашению, заменив в абзаце втором пункта 2 слова: «с 01.03.2021» словами: «с 01.03.2021 по 29.06.2021».

Проголосовало:	«ЗА»	<u>4</u>	чел.
	«ПРОТИВ»	<u>—</u>	чел.
	«ВОЗДЕРЖАЛИСЬ»	<u>—</u>	чел.

3. Изложение приложения №42 «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 №3 к Дополнительному соглашению №5.

Действие изменения распространить на отношения, возникшие с 01.07.2021.

Решение:

3. Изложить приложение №42 «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 №3 к Дополнительному соглашению №5.

Действие изменения распространить на отношения, возникшие с 01.07.2021.

Проголосовало:	«ЗА»	<u>4</u>	чел.
	«ПРОТИВ»	<u>—</u>	чел.
	«ВОЗДЕРЖАЛИСЬ»	<u>—</u>	чел.

ТФОМС АО довести Дополнительное соглашение №5 к Тарифному соглашению до страховой медицинской организации и медицинских организаций.

1. от министерства здравоохранения Астраханской области, министр здравоохранения Астраханской области - председатель заседания -


А.В. Спирин

2. от ТФОМС Астраханской области, и.о. директора -


С.К. Нахушев

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


Т.Ю. Шабалина

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


не присутствовал А.М. Шишлонов

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


Е.В.Свекольникова

Дополнительное соглашение №5 к Тарифному соглашению на 4 листах с приложениями №№1, 2, 3.

Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторно-поликлинических учреждениях (амбулаторно-поликлинических подразделениях) в соответствии с утвержденными Тарифным соглашением способами

Отдельные виды расходов не включенные в подушевой норматив финансирования (за единицу объема медицинской помощи):	Перечень расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования:	В том числе за счет включения расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных МО (за единицу объема медицинской помощи): (межучрежденческие расходы)	по нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурного подразделения медицинской организации:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Комплексные обследования в центрах здоровья; 2. Посещения в неотложной форме (за исключением МО, расположенных в сельской местности); 3. Посещения с профилактическими и иными целями к врачам по специальности: акушерство-гинекология и стоматология; 4. Обращения по поводу заболеваний к врачам по специальности: акушерство-гинекология и стоматология; 5. Посещения с профилактическими и иными целями и обращения по поводу заболеваний к врачам соответствующей специальности с применением мобильных медицинских комплексов; 6. Посещения с профилактическими и иными целями и обращения по поводу заболеваний к врачам соответствующей специальности, ведущих консультативно-диагностический прием; 7. Услуги процедур диализа; 8. Посещения с профилактическими и иными целями и обращения по поводу заболеваний к врачам соответствующей специальности, ведущих прием в медицинских организациях, не имеющих приписного населения; 9. Отдельные диагностические и лабораторные исследования, (за исключением тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)); 10. Медицинская помощь, оказанная гражданам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации; 11. Услуги позитивно-эмиссионной компьютерной томографии (ПЭТ-КТ). 21. Углубленная диспансеризация, включающая исследования и иные медицинские вмешательства в соответствии с ППТ. 	<ol style="list-style-type: none"> 12. Лабораторные услуги, оказываемые централизованными лабораториями; 13. Посещения с профилактическими и иными целями и обращения по поводу заболеваний к врачам соответствующей специальности, ведущих консультативный прием; 14. Посещения с профилактическими и иными целями с применением телемедицинских технологий; 15. Посещения с профилактическими и иными целями и обращения по поводу заболеваний в Центры для оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению с симптомами острых респираторных вирусных инфекций, пациентам с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19, а также пациентам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией COVID-19; 16. Профилактические медицинские осмотры, в том числе в рамках диспансеризации, (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, устанавливаемым МЗ РФ; 17. Посещения с профилактическими и иными целями и обращения по поводу заболеваний к врачам соответствующей специальности, ведущих прием в медицинских организациях, имеющих приписное население, за исключением п.3. и п.4. 18. Посещения в неотложной форме (МО, расположенных в сельской местности); 19. Тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19); 	<ol style="list-style-type: none"> 12. Лабораторные услуги, оказываемые централизованными лабораториями; 13. Посещения с профилактическими и иными целями и обращения по поводу заболеваний к врачам соответствующей специальности, ведущих консультативный прием; 14. Посещения с профилактическими и иными целями с применением телемедицинских технологий; 15. Посещения с профилактическими и иными целями и обращения по поводу заболеваний в Центры для оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению с симптомами острых респираторных вирусных инфекций, пациентам с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19, а также пациентам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией COVID-19. 	<ol style="list-style-type: none"> 20. Финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

**Тарифы медицинских услуг на оплату проведения углубленной диспансеризации
(I ЭТАП)**

№№ п/п	Код номенклатуры простых услуг	Осмотр, исследование, мероприятие	Тариф на осмотр, исследование, иное медицинское мероприятие, руб.*
1	A12.09.005	Измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое	24,00
2	A12.09.001	Проведение спирометрии или спирографии	124,00
3	B03.016.003	Общий клинический анализ крови развернутый	88,99
4	B03.016.004	Биохимический анализ крови (включая исследование уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови)	489,01
5	A23.30.023	Проведение теста с 6-минутной ходьбой (при исходной сатурации кислорода в крови 95 процентов и больше в сочетании с наличием у гражданина жалоб на одышку, отеки, которые появились впервые или повысилась их интенсивность)	60,00
6	A09.05.051.001	Определение концентрации Д-димера в крови у граждан, перенесших среднюю степень тяжести и выше новой коронавирусной инфекции (COVID-19)	419,00
(II ЭТАП)			
		Осмотр, исследование, мероприятие	Тариф на осмотр, исследование, иное медицинское мероприятие, руб.*
1	A04.10.002	Проведение эхокардиографии (в случае показателя сатурации в покое 94 процента и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой)	1 367,20
2	A06.09.005	Проведение компьютерной томографии легких (в случае показателя сатурации в покое 94 процента и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой)	1 065,00
3	A04.12.006.002	Проведение дуплексного сканирования вен нижних конечностей (при наличии показаний по результатам определения концентрации Д-димера в крови)	1 139,30

* Приказ МЗ РФ от 01 июля 2021 г. № 698н "Об утверждении Порядка направления граждан на проведение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке"

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

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи
Раздел 1. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономического контроля			
1.1.	Нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения.	0	0,3
1.2.	Невключение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения.	0	1
1.3.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации для оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной форме на койки терапевтического и хирургического профилей.	1	0,3
1.4.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:		
1.4.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	1	0

1.4.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	1	0
1.4.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению, в том числе отсутствие указаний о включении в группу диспансерного наблюдения лица, которому установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение, отсутствие сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи по данным персонализированного учета сведений о застрахованных лицах и (или) о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;	1	0
1.4.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	1	0
1.4.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	1	0
1.4.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты;	1	0
1.5.	Введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (включая ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе);	1	0
1.6.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в программу обязательного медицинского страхования, в том числе:		
1.6.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в программу обязательного медицинского страхования;	1	0
1.6.2.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;	1	0
1.6.3.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх размера финансового обеспечения распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;	1	0
1.6.4.	включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования, в том числе тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования, медицинских услуг, оказываемой частными медицинскими организациями в рамках пилотного проекта по вовлечению частных медицинских организаций в оказание медико-социальных услуг лицам в возрасте 65 лет и старше, являющимся гражданами Российской Федерации, в том числе проживающим в сельской местности.	1	0
1.7.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе:		
1.7.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;	1	0
1.7.2.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.	1	0
1.8.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегитимированных видов медицинской деятельности, в том числе с нарушением лицензионных требований:		
1.8.1.	включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей	1	0

	лицензии медицинской организации;			
1.8.2.	предоставление реестров счетов в случае прекращения действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;	1		0
1.8.3.	предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: в том числе, данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности (на основании информации лицензирующих органов).	1		0
1.9.	Включение в реестр счетов страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации специалиста по профилю оказания медицинской помощи.	1		0
1.10.	Нарушения, связанные с повторным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе:			
1.10.1.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	1		0
1.10.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	1		0
1.10.3.	стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;	1		0
1.10.4.	стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию.	1		0
1.10.5.	включение в реестр счетов медицинской помощи, оказанной амбулаторно, в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также оказания медицинской помощи (консультаций) в других медицинских организациях в экстренной и неотложной форме);	1		0
1.10.6.	включение в реестр счетов нескольких страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана застрахованному лицу стационарно в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.	1		0
Раздел 2. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономической экспертизы				
2.1.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования;	0		0,3
2.2.	Нарушение условий оказания скорой медицинской помощи, выразившееся в несоблюдении установленного программой обязательного медицинского страхования времени доезда бригады скорой медицинской помощи, при летальном исходе до приезда бригады скорой помощи.	1		3
2.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, в том числе:			
2.3.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;	0		1
2.3.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья;	0		2

2.3.3.	приведший к летальному исходу.	0	3
2.4.	Несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения застрахованного лица, которому по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение	0	0,3
2.5.	Непроведение диспансерного наблюдения застрахованного лица (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения), включенного в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований, в том числе:		
2.5.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;	0	1
2.5.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения);	0	2
2.5.3.	приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения).	0	3
2.6.	Предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: в том числе, данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности (по факту выявления, с учетом информации лицензирующих органов).	1	0
2.7.	Предоставление в реестрах счетов повторных случаев госпитализации застрахованного лица по одному и тому же заболеванию с длительностью три дня и менее в течение четырнадцати календарных дней при оказании медицинской помощи в указанный период в амбулаторных условиях (за исключением случаев, при которых стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предьявленной к оплате медицинской организацией).	1	0,3
2.8.	Необоснованное представление в реестрах счетов случаев оказания застрахованному лицу медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в период пребывания в условиях круглосуточного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях при экстренных и неотложных состояниях).	1	0,3
2.9.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, входящую в базовую либо территориальную программу обязательного медицинского страхования, при оказании медицинской помощи в рамках базовой либо территориальной программы обязательного медицинского страхования.	0	1
2.10.	Приобретение пациентом или его представителем в период оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов <1>, и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека <2>, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, и/или использование медицинской организацией лекарственных препаратов, предоставленных пациентом или иной организацией, действующей в интересах пациента, из иных источников финансирования (за исключением оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях).	0,5	0,5

2.11.	Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.	0	0,6
2.12.	Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин в течение 5 рабочих дней после получения медицинской организацией соответствующего запроса от Федерального фонда или территориального фонда или страховой медицинской организации.	1	0
2.13.	Отсутствие в документации (несоблюдение требований к оформлению) информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях <3>.	0,1	0
2.14.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания; расхождение сведений об оказании медицинской помощи в различных разделах медицинской документации и/или учетно-отчетной документации, запрошенной на проведение экспертизы).	0,5	0
2.15.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует табелю учета рабочего времени врача (в том числе, оказание медицинской помощи в период отпуска, обучения, командировок, выходных дней).	1	0
2.16.	Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:		
2.16.1.	оплаченный случай оказания медицинской помощи выше тарифа, установленного тарифным соглашением;	0,1	0,3
2.16.2.	включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу.	1	1
2.17.	Отсутствие в карте стационарного больного протокола врачебной комиссии в случаях назначения застрахованному лицу лекарственного препарата, не входящего в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.	0	0,3
2.18.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной либо базовой программой обязательного медицинского страхования.	0	0,3
Раздел 3 Нарушения, выявляемые при проведении экспертизы качества медицинской помощи			
3.1.	Установление неверного диагноза, связанное с отсутствием обоснования клинического диагноза в первичной медицинской документации или несоответствие результатов обследования клиническому диагнозу:		
3.1.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	0
3.1.2.	приведшее к удлинению или укорочению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленном законодательством Российской Федерации случаях;	0,3	0
3.1.3.	приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания;	0,4	0,3

3.1.4.	приведшее к инвалидизации;		0,9	1
3.1.5.	приведшее к летальному исходу (в том числе при наличии расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов);		1	3
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе по результатам проведенного диспансерного наблюдения, рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий;			
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;		0,1	0
3.2.2.	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 медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);		0,4	0,3
3.2.3.	приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);		0,9	1
3.2.4.	приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);		1	3
3.2.5.	рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении указанных центрами консультаций/консилиумов с применением консультаций с применением телемедицинских технологий, при необоснованном невыполнении данных рекомендаций;		0,9	1
3.2.6.	по результатам проведенного диспансерного наблюдения		0,9	1
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий, приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания.		0,5	0,6
3.4.	Прекровременное с клинической точки зрения прекращение оказания медицинской помощи при отсутствии клинического эффекта (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях).		0,5	0,3
3.5.	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, преждевременная выписка из медицинской организации), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение четырнадцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, тридцати дней стационарно (повторная госпитализация).		0,3	0
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в оказании медицинской помощи (в том числе		0,8	1

	несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков оказания медицинской помощи и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.		
3.7.	Госпитализация застрахованного лица в плановой или неотложной форме с нарушением требований к профильности оказанной медицинской помощи (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации в неотложной и экстренной форме с последующим переводом в течение суток в профильные медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций).	1	0,3
3.8.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре, отсутствие пациента в медицинской организации на дату проверки.	1	0,3
3.9.	Необоснованное повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании медицинской помощи амбулаторно, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях, в связи с выпиской лекарственных препаратов группам населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей бесплатно и с 50-процентной скидкой, наблюдения беременных женщин, посещений, связанных с выдачей справок и иных медицинских документов.	1	0,3
3.10.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований в связи с несоответствием оснащения медицинской организации (структурного подразделения медицинской организации)	0,9	0,5
3.11.	Отсутствие в 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.	0,5	0
3.12.	Нарушение прав застрахованных лиц на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, базовой программы обязательного медицинского страхования; на выбор врача.	0	0,3
3.13.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение лекарственных препаратов со схожим фармакологическим действием; нерациональная лекарственная терапия, в том числе несоответствие дозировок, кратности и длительности приема лекарственных препаратов клиническим рекомендациям и стандартам медицинской помощи, связанные с риском для здоровья пациента.	0,5	0,6