

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 ПГГ».

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 ПГГ».

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> чл.
	«ПРОТИВ»	<u>—</u> чл.
	«ВОЗДЕРЖАЛИСЬ»	<u>—</u> чл.

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> чл.
	«ПРОТИВ»	<u>—</u> чл.
	«ВОЗДЕРЖАЛИСЬ»	<u>—</u> чл.

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.

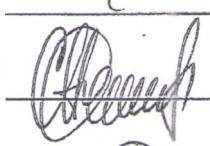
Проголосовало:	«ЗА»	<u>4</u> чл.
	«ПРОТИВ»	<u>—</u> чл.
	«ВОЗДЕРЖАЛИСЬ»	<u>—</u> чл.

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 -
2. от ТФОМС Астраханской области, и.о. директора -
3. от Астраханского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед», директор - секретарь заседания -
4. от региональной общественной организации «Врачебная палата Астраханской области», председатель - не присутствовал А.М. Шиплонов
5. от Астраханской областной организации профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации, председатель -



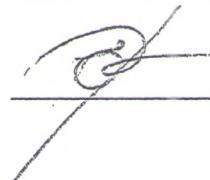
А.В. Спирина



С.К. Нахушев



Т.Ю. Шабалина



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):	по нормативу финансовых затрат на финансирование структурного подразделения медицинской организации:
1. Комплексные обследования в центрах здоровья;	12.Лабораторные услуги, оказываемые централизованными лабораториями;	12.Лабораторные услуги, оказываемые централизованными лабораториями;	20. Финансовое обеспечение акушерских пунктов, фельдшерских, фельдшерско-
2. Посещения в неотложной форме (за исключением МО, расположенных в сельской местности);	13.Посещения с профилактическими и иными целями и обращения по поводу заболеваний к врачам соответствующей специальности, ведущих консультативный прием;	13.Посещения с профилактическими и иными целями и обращения по поводу заболеваний к врачам соответствующей специальности, ведущих консультативный прием;	акушерских пунктов.
3. Посещения с профилактическими и иными целями к врачам по специальностям: акушерство-гинекология и стоматология;	4. Обращения по поводу заболеваний к врачам по специальностям: акушерство-гинекология и стоматология;	14.Посещения с профилактическими и иными целями с применением телемедицинских технологий;	14.Посещения с профилактическими и иными целями с применением телемедицинских технологий;
5. Посещения с профилактическими и иными целями и обращения по поводу заболеваний к врачам соответствующей специальности с применением мобильных медицинских комплексов;	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;	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.	19.Тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);
6. Посещения с профилактическими и иными целями и обращения по поводу заболеваний к врачам соответствующей специальности, ведущих прием в консультативно-диагностический прием;	7. Услуги процедур диализа;	16.Профилактические медицинские осмотры, в том числе в рамках диспансеризации, (комплексное исследование, (за исключением тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19));	19.Тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);
8. Посещения с профилактическими и иными целями и обращения по поводу заболеваний к врачам соответствующей специальности, ведущих прием в 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;	10.Медицинская помощь, оказанная гражданам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации;
11. Услуги позитронно-эмиссионной компьютерной томографии (ПЭТ-КТ).	11. Услуги позитронно-эмиссионной компьютерной томографии (ПЭТ-КТ).	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.	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.
21. Углубленная диспансеризация, включающая исследования и иные медицинские вмешательства в соответствии с ППГ.	18.Посещения в неотложной форме (МО, расположенных в сельской местности);	19.Тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);	19.Тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

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 повысились 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 прохождение 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, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ 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 помоицы ненадлежащего качества
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 помоицы 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 помоицы впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения.	0 1
1.3.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помоиць которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации для оказания медицинской помоицы в неотложной и экстренной форме на койки терапевтического и хирургического профиля.	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	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 смерти в случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи по данным персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и (или) о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;	1	1	0
1.4.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	1	1	0
1.4.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	1	1	0
1.4.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты;	1	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	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	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	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	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 pilotного 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	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	1	0
1.7.2.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.	1	1	0
1.8.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных 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	1	0

	лицензии медицинской организаций;			
1.8.2.	предоставление реестров счетов в случае прекращения действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;	1	0	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	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	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	0
1.10.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	1	0	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	0
1.10.4.	стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи другой организацией, на прикрепленное население, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию.	1	0	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	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	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	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	3
2.3.	Несобоснованный 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	1
2.3.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья;	0	2	2

2.3.3.	приведший к летальному исходу.	0	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	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), 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	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	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	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 организации лицензируемого вида деятельности (по факту выявления, с учетом информации лицензирующих органов).	1	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 предъявленной к оплате медицинской организацией).	1	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	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	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	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 организаций.	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, "в克莱йки", полное преоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятий, 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 удачению или укорочению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных 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 недостающее 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 произведенного 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	0
3.2.2.	приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имелощегося 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 указанными центрами консультаций/консилиумов с применением консультаций с применением телемедицинских технологий, при необоснованном невыполнении данных рекомендаций;	0,9	1	
3.2.6.	по результатам произведенного 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.	Преждевременное 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 пресместности в оказании медицинской помощи (в том числе	0,8	1	

	неввоевременный 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, консультаций 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