

**Дополнительное соглашение № 5
к Тарифному соглашению
в системе обязательного медицинского страхования
на территории Мурманской области
на 2021 год**

г. Мурманск

29.06.2021

Министерство
здравоохранения
Мурманской области

Министр

Д.В. Паньчев



Территориальный фонд
обязательного медицинского
страхования Мурманской области

Директор

С.В. Маган



Страховые медицинские организации:

Мурманский филиал
АО «Страховая компания
«СОГАЗ-Мед»

Заместитель директора

А.Н. Зарайский



Мурманский филиал
ООО «АльфаСтрахование-ОМС»

Директор

Р.В. Москвин



Профессиональные союзы медицинских работников:

Мурманская областная
организация профсоюзов
работников здравоохранения РФ

Председатель

О.С. Суна



Медицинские профессиональные некоммерческие организации:

Региональная общественная
профессиональная организация
«Врачебная палата
Мурманской области»

Председатель

С.М. Агеев



в дальнейшем совместно именуемые Стороны, в соответствии с пунктом 2 статьи 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и пунктом 5 раздела XII Тарифного соглашения в системе обязательного медицинского страхования на территории Мурманской области на 2021 год (далее – Тарифное соглашение) заключили настоящее Соглашение о нижеследующем:

I. Предмет Соглашения

1. Внести в текст Тарифного соглашения следующие изменения:

1.1. Абзац одиннадцатый пункта 1 раздела II изложить в редакции:

«– приказ Минздрава России от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также её финансового обеспечения»;».

1.2. Пункт 2 раздела II после тринадцатого абзаца дополнить абзацем следующего содержания:

«– Порядок проведения контроля – Порядок проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также её финансового обеспечения, утверждённый приказом Минздрава России от 19.03.2021 № 231н;».

1.3. Раздел XI изложить в редакции согласно приложению 1 к настоящему Соглашению.

1.4. В таблице 13.1 раздела XIII для приложения 7:

а) Графу «Наименование приложения» изложить в редакции:

«Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества»;

б) в графе «Кол-во листов» число «4» заменить числом «5».

2. Внести в приложения к Тарифному соглашению следующие изменения:

2.1. В приложении № 3.1:

а) для ГОБУЗ «МОССМП» в территорию обслуживания включить Кандалакшский и Терский районы с периодом оказания медицинской помощи с 01.06.2021 по 31.12.2021;

б) для ГОБУЗ «Кандалакшская ЦРБ» период оказания медицинской помощи ограничить датой 31.05.2021.

2.2. В приложении № 3.2 для ГОБУЗ «МОССМП» установить:

- КС_{СМП} в размере 1,00053;
- КД_{ПВ} в размере 1,00835;
- КД_{СУБ} в размере 0,99972;
- ДПНФ_{СМП} в размере 1 476,36 рубля.

2.3. В приложении № 3.3 для ГОБУЗ «МОССМП» установить:

- КД_{СУБ} в размере 0,99975;
- Т_{СМП} в размере 5 146,61 рубля;
- Т_{СМПТромб} в размере 67 548,76 рубля.

2.4. В приложениях № 3.2 и 3.3 тарифы для ГОБУЗ «Кандалакшская ЦРБ» исключить.

2.5. В разделе I приложения № 4.4 тарифно-отчётную группу «Молекулярно-генетические исследования с целью диагностики онкологических заболеваний» (код 2125000) дополнить сноской «**» следующего содержания:

«** тарифы не применяются ввиду отсутствия на территории Мурманской области медицинских организаций (из числа участвующих в реализации ТПОМС), оказывающих данный вид диагностических исследований».

2.6. В разделе II приложения № 4.4 коды дополнительных классификационных критериев 521, 522 и 523 заменить на коды 531, 532 и 533 соответственно.

2.7. В разделе III приложения № 4.4 тарифно-отчётную группу 1300000 «Лечебно-физическая культура (ЛФК)» для структурного подразделения «Центр (отделение) восстановительной медицины» (код структурного подразделения 213) дополнить тарифом на услугу А19.30.012 «Упражнения лечебной физкультуры с использованием подвесных систем» с дополнительным классификационным критерием 202 «Индивидуальное занятие ЛФК» в размере 602,00 рубля.

2.8. В разделе II приложения № 4.7 для услуг А05.10.006 «Регистрация электрокардиограммы» и А12.09.001 «Исследование неспровоцированных дыхательных объёмов и потоков» для профилактических медицинских осмотров и диспансеризации взрослого населения в перечень структурных подразделений, которые могут оказывать услугу, включить кабинет участкового врача (код 111) и кабинет семейного врача (код 113).

2.9. Приложение № 7 изложить в редакции согласно приложению 2 к настоящему Соглашению.

II. Вступление в силу Соглашения

1. Настоящее Соглашение вступает в силу с даты его подписания и распространяется на правоотношения, возникшие:

- а) с 01.01.2021 в отношении пунктов 2.6 и 2.8;
 - б) с 01.05.2021 в отношении пункта 2.7;
 - в) с 01.06.2021 в отношении пунктов 2.1 – 2.5;
 - г) с 01.07.2021 в отношении пунктов 1 и 2.9.
-

**«XI. Контроль объёмов, сроков, качества и условий
предоставления медицинской помощи медицинскими
организациями**

1. Контроль объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями в объёме и на условиях, которые установлены ТПОМС и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, проводится в соответствии с Порядком проведения контроля.

Контроль объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи осуществляется путём проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи.

2. В соответствии со статьей 40 закона об ОМС по результатам контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры, предусмотренные статьей 41 закона об ОМС и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, согласно статье 41 закона об ОМС удерживается из объёма средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и порядком проведения контроля.

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

$$H = PT \times K_{\text{но}}$$

(формула 11.1), где:

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

$K_{\text{но}}$ – коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи.

4. Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества ($C_{\text{шт}}$), рассчитывается по формуле:

$$C_{\text{шт}} = \text{РП} \times K_{\text{шт}}$$

(формула 11.2), где:

РП – размер среднего подушевого норматива финансирования, установленный настоящим Тарифным соглашением на дату проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, равный:

а) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях – среднему подушевому нормативу финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях ($\text{ФО}_{\text{АПШ_СР}}$), установленному пунктом 2 раздела VIII, равному 8 671,10 рубля;

б) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации – среднему подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации ($\text{ФО}_{\text{СМП_СР}}$), установленному пунктом 2 раздела VI, равному 1 450,22 рубля;

в) при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара – среднему подушевому нормативу финансирования медицинской помощи в условиях дневного стационара ($\text{ФО}_{\text{ДС_СР}}$), установленному пунктом 2 раздела X, равному 2 260,93 рубля;

г) при оказании медицинской помощи в стационарных условиях – среднему подушевому нормативу финансирования специализированной медицинской помощи в стационарных условиях ($\text{ФО}_{\text{КС_СР}}$), установленному пунктом 3 раздела X, равному 10 287,63 рубля;

$K_{\text{шт}}$ – коэффициент для определения размера штрафа по основанию для начисления штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

5. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества приведены в приложении № 7 к настоящему Тарифному соглашению.».

**Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи
(уменьшения оплаты медицинской помощи)
и значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты
затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи
и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание
либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества**

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значения коэффициентов	
		Размер $K_{\text{но}}$	Размер $K_{\text{шт}}$
1	2	3	4
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	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.	0,0	1,0
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	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	0,0
1.4.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	1,0	0,0
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	0,0
1.4.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	1,0	0,0
1.4.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	1,0	0,0
1.4.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчётному периоду/периоду оплаты;	1,0	0,0
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	0,0
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	0,0
1.6.2.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределённого объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;	1,0	0,0
1.6.3.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх размера финансового обеспечения распределённого объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;	1,0	0,0
1.6.4.	включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования, в том числе тяжёлые 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	0,0

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	0,0
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	0,0
1.8.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных 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 лицензии медицинской организации;	1,0	0,0
1.8.2.	предоставление реестров счетов в случае прекращения действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;	1,0	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	0,0
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	0,0
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	0,0
1.10.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	1,0	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	0,0
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	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	0,0
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	0,0
Раздел 2.	Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономической экспертизы		
2.1.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования;	0,0	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.	1,0	3,0
2.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программой обязательного медицинского страхования, в том числе:		
2.3.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;	0,0	1,0
2.3.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья;	0,0	2,0
2.3.3.	приведший к летальному исходу.	0,0	3,0
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), 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;	0,0	1,0
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	2,0
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	3,0

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 учётом информации лицензирующих органов).	1,0	0,0
2.7.	Представление 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).	1,0	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	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	1,0
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, и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, 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	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	0,0
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.	0,1	0,0
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	0,0
2.15.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (в том числе, оказание медицинской помощи в период отпуска, обучения, командировок, выходных дней).	1,0	0,0
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 <1>;	0,1	0,3
2.16.2.	включение в счёт на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу.	1,0	1,0
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	0,3
2.18.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной либо базовой программой обязательного медицинского страхования.	0,0	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	0,0
3.1.2.	приведшее к удлинению или укорочению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,3	0,0

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	1,0
3.1.5.	приведшее к летальному исходу (в том числе при наличии расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов);	1,0	3,0
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	0,0
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	1,0
3.2.4.	приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	1,0	3,0
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	1,0
3.2.6.	по результатам проведенного диспансерного наблюдения	0,9	1,0
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	0,0
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в оказании медицинской помощи (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков оказания медицинской помощи и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	0,8	1,0
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	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	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	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	0,0
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	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

<1> *В случаях, когда по результатам медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи устанавливается некорректное применение тарифа, требующего его замены, страховая медицинская организация осуществляет оплату медицинской помощи с учётом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить; размер неполной оплаты для данных случаев рассчитывается от тарифа, который следует применить*

»