Приложение № 21

к Тарифному соглашению по обязательному

медицинскому страхованию на территории

Пермского края на 2020 год, заключенному

на заседании Комиссии по разработке

территориальной программы обязательного

медицинского страхования Пермского края

30.12.2019, протокол от 30.12.2019 № 12

**ПЕРЕЧЕНЬ**

**оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и размеров санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Пермского края<\*>**

| **Код дефекта** | **Перечень дефектов, нарушений** | **Санкции** | | **Рекомендации по применению** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Размер неоплаты или неполной оплаты (Н)<\*\*>** | **Размер штрафа (Сшт)<\*\*\*>** |
| Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц | | | | |
| 1.1. | Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе: | | | |
| 1.1.1. | на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования; | - | Сшт = РП х 0,3 |  |
| 1.1.2. | на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации; | - | Сшт = РП х 0,3 |  |
| 1.1.3. | нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, времени доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме, 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 диспансерного наблюдения. | - | Сшт = РП х 0,3 | Время доезда до пациента бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме не должно превышать 20 минут с момента их вызова в соответствии с Территориальной программой ОМС.  При определении форм оказания скорой медицинской помощи (экстренной или неотложной) применяются поводы для вызова скорой медицинской помощи в соответствии с Порядком оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.06.2013 № 388н.  Также применяется при контроле случаев оказания медицинской помощи онкологическим больным при нарушении сроков направления: к онкологу первичного онкологического кабинета (отделения); на биопсию пациентов с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания; на диагностические исследования пациентов с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания; к онкологу в специализированную МО с целью диагностики заболевания; на лечение пациентов с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания без химиотерапии; на лечение пациентов с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания с применением химиотерапии.  В связи с контролем предоставления медицинской помощи пациентам с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания и ежемесячным проведением мониторинга по профилю «Онкология» по письму ФОМС от 03.04.2019 №3926/30-1/и, при загрузке СМО данных о результатах контроля случаев оказания медицинской помощи пациентам с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания, дополнительно указываются коды дефектов с уточнением в последнем знаке:  а) при нарушении сроков направления: к онкологу первичного онкологического кабинета (отделения) - 1.1.3.1;  - на биопсию пациентов с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания -1.1.3.2;  - на диагностические исследования пациентов с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания - 1.1.3.3;  - к онкологу в специализированную МО с целью диагностики заболевания - 1.1.3.4;  на лечение пациентов с установленным диагнозом онкологического заболевания - 1.1.3.5;  - на лечение пациентов с установленным диагнозом онкологического заболевания с применением химиотерапии - 1.1.3.6;  б) при нарушении условий оказания медицинской помощи:  - нарушение своевременности начала, окончания и возобновления очередного цикла химиотерапии - 1.1.3.7;  - неправильность выбора метода лечения, введение химиопрепарата в дозе, несоответствующей расчету - 1.1.3.8.  При сдаче СМО отчетности о результатах контроля указывать код дефекта с уточнением в последнем знаке:  - при нарушении условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, времени доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме – 1.1.3.9,  -при несвоевременном включении 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 – 1.1.3.10;  - при несоблюдении установленной периодичности осмотров граждан, включенных в группы диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований – 1.1.3.11. |
| 1.1.4. | 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 диспансерного наблюдения. | - | - | Применяется без1 санкций. |
| 1.2 | Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, в том числе: | | | |
| 1.2.1. | не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания; | - | Сшт = РП х 1,0 |  |
| 1.2.2. | повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания; | - | Сшт = РП х 3,0 | Применяется также при контроле случаев оказания медицинской помощи онкологическим больным при необоснованном отказе в получении медицинской помощи из-за отсутствия лекарственных препаратов.  В связи с контролем предоставления медицинской помощи пациентам с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания при загрузке СМО данных о результатах контроля случаев оказания медицинской помощи пациентам с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания, дополнительно указывается код дефекта с уточнением в последнем знаке:  - при необоснованном отказе в получении медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, в том числе из-за отсутствия лекарственных препаратов пациентам с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания – 1.2.2.1. |
| 1.3. | Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, в том числе: | | | |
| 1.3.1. | не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания; | - | Сшт = РП х 1,0 |  |
| 1.3.2. | повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке). | - | Сшт = РП х 3,0 | Возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания.  Применяется также при контроле случаев оказания медицинской помощи онкологическим больным при необоснованном отказе в получении медицинской помощи из-за отсутствия лекарственных препаратов.  В связи с контролем предоставления медицинской помощи пациентам с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания при загрузке СМО данных о результатах контроля случаев оказания медицинской помощи пациентам с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания, дополнительно указывается код дефектов с уточнением в последнем знаке:  - при необоснованном отказе в получении медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в том числе из-за отсутствия лекарственных препаратов пациентам с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания – 1.3.2.1. |
| 1.4. | Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования. | Н = РТ х 1,0 | Сшт = РП х 1,0 | Сто процентов возврат медицинской организацией застрахованному лицу необоснованно затраченных средств. |
| 1.5. | Приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, 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. | Н = РТ х 0,5 | Сшт = РПст х 0,5 | Сто процентов возврат медицинской организацией застрахованному лицу необоснованно затраченных средств.  Применяется при оказании медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара. |
| Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения | | | | |
| 2.1. | Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет. | - | Сшт = РП х 1,0 | Штраф применяется однократно. |
| 2.2. | Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации: | | | |
| 2.2.1. | о режиме работы медицинской организации; | - | Сшт = РП х 0,3 | Штраф применяется однократно.  В случае отсутствия официального сайта в сети Интернет штраф применяется только по коду 2.1. (коды раздела 2.2. не применяются). |
| 2.2.2. | об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – Территориальная программа), в том числе о сроках ожидания медицинской помощи; | - | Сшт = РП х 0,3 |  |
| 2.2.3. | о видах оказываемой медицинской помощи; | - | Сшт = РП х 0,3 |  |
| 2.2.4. | о критериях доступности и качества медицинской помощи; | - | Сшт = РП х 0,3 |  |
| 2.2.5. | о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, | - | Сшт = РП х 0,3 |  |
| 2.2.6. | о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой. | - | Сшт = РП х 0,3 |  |
| 2.3. | Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях. | - | Сшт = РП х 1,0 | Финансовые санкции применяются при отсутствии в каждом отдельно расположенном поликлиническом подразделении, в том числе ФАП и ОВП, стационаре МО, отдельно стоящем лечебном корпусе МО, информационных стендов для застрахованных лиц. В стационаре допускается размещение информационного стенда только в приемном отделении (отделениях) либо в отдельно стоящем лечебном корпусе (корпусах) МО. Допускается наличие информации в форме информационной папки в ОВП и ФАП, а также в сокращенной форме, когда часть документа представлена в виде информации на стенде с приложением ссылки на источник, в котором нормативный документ представлен полностью. |
| 2.4. | Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации: | | | |
| 2.4.1. | о режиме работы медицинской организации; | - | Сшт = РП х 0,3 | Штраф применяется однократно.  В случае отсутствия информационных стендов штраф применяется только по коду 2.3. (коды раздела 2.4. не применяются). |
| 2.4.2. | об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи; | - | Сшт = РП х 0,3 |  |
| 2.4.3. | о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации; | - | Сшт = РП х 0,3 |  |
| 2.4.4. | о критериях доступности и качества медицинской помощи; | - | Сшт = РП х 0,3 |  |
| 2.4.5. | о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов; | - | Сшт = РП х 0,3 |  |
| 2.4.6. | о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой. | - | Сшт = РП х 0,3 |  |
| Раздел 3. Нарушения при оказании медицинской помощи | | | | При проведении экспертизы выявленные дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи должны подтверждаться положениями нормативных правовых актов – порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения), стандартов медицинской помощи, критериев оценки качества медицинской помощи, приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства здравоохранения Пермского края.  При оценке этапности (преемственности) и профильности оказания медицинской помощи используются порядки оказания медицинской помощи, разработанные по отдельным профилям медицинской помощи, утвержденные приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации и зарегистрированные в Министерстве юстиции Российской Федерации.  При оценке объема медицинской помощи применяются ссылки на действующие порядки, клинические рекомендации (протоколы лечения), стандарты медицинской помощи, утвержденные приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации и зарегистрированные в Министерстве юстиции Российской Федерации. При отсутствии клинических рекомендаций (протоколов лечения), стандартов медицинской помощи объем лечебно-диагностических, профилактических, реабилитационных мероприятий оценивается исходя из общепринятой клинической практики в соответствии с установленным клиническим диагнозом, степенью тяжести заболевания, наличия сопутствующих заболеваний при их обострении, если они влияют на тяжесть и течение основного заболевания. |
| 3.1. | Случаи нарушения врачебной этики и деонтологии медицинскими работниками (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц). | Н = РТ х 0,1 | Сшт = РП х 1,0 | Также применяется к случаям разглашения сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей. |
| 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 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; | Н = РТ х 0,1 | - | Применяется, в том числе, в случаях невыполнения установленного объема диспансеризации определенных групп взрослого населения, медицинского осмотра несовершеннолетних, отсутствия направления на 2 этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, неверного определения группы здоровья при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения, медицинского осмотра несовершеннолетних.  В целях исполнения поручения Заместителя Председателя Правительства РФ Т.А. Голиковой от 29.06.2019 № ТГ-П12-5418, согласно письму ФФОМС от 16.12.2019 № 17227/30-1/и при сдаче СМО отчетности о результатах контроля по случаям профилактических медицинских осмотров и диспансеризации (I этап) взрослого населения, СМО дополнительно указывают код дефекта с уточнением в последнем знаке по случаям непроведения:  - исследования кала на скрытую кровь иммунохимическим методом – 3.2.1.4;  - маммографии обеих молочных желез в двух проекциях – 3.2.1.5;  - цитологического исследования мазка с шейки матки – 3.2.1.6;  - определения простатспецифического антигена (ПСА) в крови - 3.2.1.7;  - осмотра на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающего осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов - 3.2.1.8;  - эзофагогастродуоденоскопии - 3.2.1.9;  - иных медицинских услуг - 3.2.1.10.  В целях исполнения поручения ФФОМС, направленного письмом от 24.12.2019 № 17649/30-1/и, при сдаче СМО отчетности о результатах контроля по случаям диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, СМО дополнительно указывают код дефекта с уточнением в последнем знаке по случаям:  - отсутствие в заключениях о состоянии здоровья детей рекомендаций по их дальнейшему лечению реабилитационным мероприятиям, либо даны не в полном объеме – 3.2.1.11;  - отсутствие осмотра врача-педиатра - 3.2.1.12;  - отсутствие осмотра врача-невролога - 3.2.1.13;  - отсутствие осмотра врача-офтальмолога - 3.2.1.14;  - отсутствие осмотра врача-детского хирурга - 3.2.1.15;  - отсутствие осмотра врача-оториноларинголога - 3.2.1.16;  - отсутствие осмотра врача-акушера-гинеколога - 3.2.1.17;  - отсутствие осмотра врача-травматолога-ортопеда - 3.2.1.18;  - отсутствие осмотра врача-психиатра детского - 3.2.1.19;  - отсутствие осмотра врача-детского уролога-андролога - 3.2.1.20;  - отсутствие осмотра врача-стоматолога детского - 3.2.1.21;  - отсутствие осмотра врача-детского эндокринолога - 3.2.1.22;  - отсутствие осмотра врача-психиатра подросткового - 3.2.1.23;  - отсутствие клинического анализа крови - 3.2.1.24;  - отсутствие клинического анализа мочи - 3.2.1.25;  - отсутствие исследования уровня глюкозы в крови - 3.2.1.26;  - отсутствие электрокардиографии - 3.2.1.27;  - отсутствие флюорографии - 3.2.1.28;  - отсутствие УЗИ органов брюшной полости, сердца, щитовидной железы, органов репродуктивной сферы и тазобедренных суставов - 3.2.1.29;  - отсутствие нейросонографии - 3.2.1.30».  При оценке объема выполненных диагностических мероприятий учитываются исследования (лабораторные, инструментальные), проведенные на предыдущем этапе.  Код дефекта применяется также в следующих случаях:   1. При проведении МЭЭ:   - диагноз подтвержден, но имеются факты отсутствия записи в медицинской документации о выполнении обязательных лабораторных, инструментальных исследований (с частотой предоставления 1) в соответствии со стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения);  - отсутствие осуществления диспансерного наблюдения в установленном порядке с соблюдением периодичности осмотров и длительности диспансерного наблюдения.  2. При проведении ЭКМП – диагноз по результатам ЭКМП подтвержден, но имеются факты:  - невыполнения, несвоевременного или ненадлежащего выполнения обязательных исследований (с частотой предоставления 1) и/или исследований, не входящих в перечень обязательных (с частотой предоставления <1), но необходимых конкретному пациенту для постановки полного, достоверного и своевременного диагноза в соответствии со стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения), выполненных в стационаре и/или догоспитальном этапе (с отражением в истории болезни метода исследования, места исследования, даты, результата);  - неназначения, несвоевременного назначения, либо назначения препаратов в неадекватной для конкретного пациента суточной и/или курсовой дозе, несоблюдение критериев их назначения, влияющие на достижение критериев качества (в соответствии со стандартами медицинской помощи основного заболевания, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом сопутствующей патологии, непосредственно влияющей на течение основного заболевания).  Применяется также при контроле случаев оказания медицинской помощи онкологическим больным при отсутствии расчета разовой дозы химиотерапевтического препарата, обоснования режима химиотерапии, способа и кратности введения лекарственного препарата, длительности курса и обоснования назначения конкретного лекарственного средства или их комбинаций, предусмотренных клиническими рекомендациями, а также с отсутствием рекомендаций о конкретной дате явки для последующего курса химиотерапии, рекомендаций проведения контрольных лабораторных и инструментальных исследований и сроках их проведения. Применяется при не проведении диспансерного наблюдения лиц, страдающих хроническими заболеваниями, подлежащих наблюдению; отсутствии плана диспансерного наблюдения; отсутствии рекомендаций о дате следующей явки для диспансерного осмотра. |
| 3.2.2. | приведшее к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях); | Н = РТ х 0,3 | - | Применяется в случаях неверной тактики ведения пациента, обусловившей необходимость увеличения продолжительности лечения пациента, а также в случаях удлинения сроков нахождения пациента в стационаре без обоснования задержки начала лечебных мероприятий и (или) выписки пациента после окончания курса лечения. |
| 3.2.3. | 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); | Н = РТ х 0,4 | - | Код дефекта применяется экспертом качества МП.  При проведении МЭЭ - в случае отсутствия в медицинской документации сведений о выполнении лабораторных, инструментальных исследований, лечебных мероприятий в соответствии со стандартами медицинской помощи с частотой предоставления = 1, клиническими рекомендациями (протоколами лечения), что привело к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создало риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создало риск возникновения нового заболевания.  Применяется при контроле случаев оказания медицинской помощи онкологическим больным при выявлении нарушений, связанных с: введением химиопрепарата в дозе, не соответствующей расчету по площади поверхности тела или массе тела пациента, предусмотренному действующими клиническими рекомендациями Ассоциации онкологов России; необоснованными объективными причинами нарушений дозо-интервальных требований Клинических рекомендаций; отсутствием полнообъемной и своевременной поддерживающей терапии и терапии, направленной на профилактику осложнений химиотерапии; невыполнением требований своевременности начала, окончания и возобновления очередного цикла введения химиопрепаратов (гормонотерапии, таргетной терапии) или лучевой терапии, предусмотренных Клиническими рекомендациями Ассоциации онкологов России; несоблюдением сроков лечения курсами химиотерапии; отсутствием данных о коррекции сопутствующих заболеваний; невыполнением показанных контрольных лабораторных и инструментальных исследований.  В целях исполнения поручения Министра здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцовой, направленного письмом ФОМС от 06.03.2017 № 2694/30-1/и «О проведения тематических экспертиз качества медицинской помощи, оказанной пациентам со злокачественными новообразованиями, сопровождающимися выраженным болевым синдромом», при сдаче СМО отчетности о результатах контроля по следующим случаям, СМО дополнительно указывают код дефекта с уточнением в последнем знаке:  - по случаям несвоевременного назначения сильнодействующих (наркотических) препаратов – 3.2.3.1;  - по случаям неназначения сильнодействующих (наркотических) препаратов – 3.2.3.2;  - по случаям несвоевременного оформления рецептов на сильнодействующие (наркотические) препараты – 3.2.3.3. |
| 3.2.4. | приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях); | Н = РТ х 0,9 | Сшт = РП х 1,0 | Код дефекта применяется экспертом качества МП |
| 3.2.5. | приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях); | Н = РТ х 1,0 | Сшт = РП х 3,0 | Код дефекта применяется экспертом качества МП.  В связи с поручением заместителя председателя Правительства РФ О.Ю. Голодец от 01.10.2015 № ОГ-П-12-6720 о ежеквартальном предоставлении информации по случаям оказания медицинской помощи, закончившихся летальным исходом, обусловленным дефектами оказания МП на этапе диагностики, при сдаче СМО отчетности о результатах контроля по следующим случаям, СМО дополнительно указывают кода дефекта с уточнением в последнем знаке:  по случаям с непроведением или несвоевременным проведением исследований КТ – 3.2.5.1, МРТ – 3.2.5.2, ангиографии – 3.2.5.3, лучевой терапии – 3.2.5.3, прочие нарушения использования дорогостоящего оборудования – 3.2.5.4. |
| 3.2.6. | 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; |  |  | Применяется к случаям оказания медицинской помощи в условиях стационара, без санкций. |
| 3.3. | Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий: | | | |
| 3.3.1. | 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). |  |  | Применяется без санкций. |
| 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). | Н = РТ х 0,5 | - | Применяется в случае недостижения запланированного результата, определенного стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения). |
| 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 тридцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, стационарно (повторная госпитализация); повторный вызов скорой медицинской помощи в течение двадцати четырех часов от момента предшествующего вызова. | Н = РТ х 0,3 |  | Признаком повторности является:  - совпадение кодов основных заболеваний по МКБ-10 по трем знакам;  - если повторное заболевание является следствием прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания.  Обязательна экспертиза первого, второго и всех последующих случаев оказания медицинской помощи, образующих пару. Санкции применяются к случаю, в котором допущены нарушения при оказании медицинской помощи, обусловившие повторное обоснованное обращение за медицинской помощью. |
| 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. | Н = РТ х 0,8 | Сшт = РП х 1,0 | Применяется с учетом нормативных правовых актов Российской Федерации и Пермского края, регламентирующих маршрутизацию пациентов, а в случае их отсутствия и при невозможности оказания медицинской помощи в данной МО в соответствии со стандартами, порядками и клиническими рекомендациями (протоколами лечения) - при не направлении нуждающегося пациента на другой этап лечения, в другую медицинскую организацию, где ему может быть оказана соответствующая медицинская помощь.  Не применяется в случаях невозможности перевода пациентов (нетранспортабельность, тяжесть состояния, отказ пациента).  Применяется также при контроле случаев оказания медицинской помощи онкологическим больным при: отсутствии перевода или несвоевременном переводе онкобольного в отделение другого профиля/медицинскую организацию более высокого уровня в соответствии с показаниями; нарушении этапности лечения онкологического заболевания в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями; отсутствии назначения рекомендованных на более раннем этапе лечения диагностических и (или) лечебных мероприятий по данным выписного эпикриза в соответствии с показаниями |
| 3.7. | Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре. | Н = РТ х 0,7 | Сшт = РП х 0,3 | Применяется при ЭКМП.  Применение при МЭЭ возможно со ссылками на федеральные нормативно-правовые акты (акты РСФСР, СССР, не утратившие силу), которыми установлены правила (критерии) отбора пациентов для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.  Применяется при контроле случаев оказания медицинской помощи онкологическим больным при необоснованной госпитализации в круглосуточный стационар, медицинская помощь могла быть предоставлена в условиях дневного стационара. |
| 3.8. | Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям. | Н = РТ х 0,6 | ~~-~~ | Применяется при МЭЭ и ЭКМП.  Не применяется в случаях невозможности перевода пациента на другой профиль в виду отказа пациента, тяжести состояния, отказа принимающей МО с занесением в первичную медицинскую документацию соответствующей записи (в редакции изменений от 27.09.2019 - распространяются на правоотношения, возникшие с 01.09.2019). |
| 3.9. | 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. | - | - | Применяется без санкций. |
| 3.10. | Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение аналогичных лекарственных препаратов, связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию оказания медицинской помощи. | Н = РТ х 0,3 | - | Применяется при МЭЭ и ЭКМП. Оценивается соответствие лекарственной терапии стандартам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения), инструкциям по применению лекарственных средств и устанавливается обоснованность назначения. |
| 3.11. | Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством. | - | - | Применяется без санкций.  При применении кода дефекта необходимо руководствоваться статьей 67 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и изданных в соответствии с ним приказов МЗ РФ. |
| 3.12. | Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории вследствие нарушений при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи. | Н = РТ х 0,9 | РПст х Кшт 1,0 | Применяется для случаев лечения в КСС и ДС (если смерть наступила в ДС). |
| Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации | | | | |
| 4.1. | Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин. | Н = РТ х 1,0 | Сшт = РП х 1,0 | При всех условиях оказании медицинской помощи при передаче первичной медицинской документации на экспертизу, МО может предоставлять копии этих документов, в том числе на электронных носителях информации с соблюдением конфиденциальности.  Медицинская документация обязана предоставляться МО в установленные нормативными документами сроки. |
| 4.2. | 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. | Н = РТ х 0,1 | - | В том числе дефекты оформления утвержденной в установленном порядке медицинской документации при проведении диспансеризации и медицинских осмотров, отсутствие направления МО-ФД на консультацию, обследование, госпитализацию, отсутствие информации в первичной медицинской документации о степени достижения запланированного результата.  К дефектам оформления первичной медицинской документации относятся нарушения требований нормативных документов, устанавливающих формы медицинской документации и правила её оформления, в том числе: - отсутствие протоколов врачебной комиссии в случаях, установленных нормативными документами;  - отсутствие сведений, в том числе дат осмотров и исследований, анамнеза, плана обследования и лечения пациента при первичном осмотре, обоснования клинического диагноза, оформленного соответствующей записью в амбулаторной карте, даты установления клинического диагноза;  - отсутствие хронологического признака (указание на время (час, минута) возникновения состояния, время начала и окончания каждого вмешательства, изменения в состоянии пациента, появления или устранения признаков угрозы для жизни;  - нарушения в оформлении учетной формы [№ 057/у-04](consultantplus://offline/ref=3CB5B82A0F83C47E87CD44CF960F2CED54FAD7254596E42A3BE20E65961474742971003BCD2B686FNDo4J) «Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию», в т.ч. отсутствие обоснования направления (указывается основная причина, послужившая поводом для госпитализации, восстановительного лечения, обследования, консультации), в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22.11.2004 № 255;  - назначение терапии без указания способа введения препарата, суточных курсовых доз, кратности применения;  - отсутствие рубрификации заключительного клинического диагноза, патологоанатомического диагноза и др.  Применяется при контроле случаев оказания медицинской помощи онкологическим больным при отсутствии: данных о своевременности начала, окончания и возобновления очередного цикла введения химиопрепаратов, протокола консилиума, полных протоколов гистологического и иммуногистохимического исследований, иных исследований или их интерпретаций. |
| 4.3. | Отсутствие в документации информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях. | Н = РТ х 0,1 | - | Применяется также в случае оформления согласия не в соответствии с требованиями действующих нормативных правовых актов РФ, за исключением случаев объективной невозможности получения таких согласий застрахованного лица,  при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.  В амбулаторно-поликлинических условиях при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи информированное добровольное согласие застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства оформляется в соответствии с приказом МЗ РФ от 20.12.2012 № 1177н.  В амбулаторно-поликлинических условиях при оказании специализированной, консультативной медицинской помощи, в условиях круглосуточного стационара информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства оформляется в соответствии с приказом МО в случае отсутствия формы, утвержденной МЗ РФ (до утверждения федерального нормативного документа).  Применяется при контроле случаев оказания медицинской помощи онкологическим больным при отсутствии в первичной медицинской документации информированного добровольного согласия пациента на определенное (химиотерапевтическое, хирургическое и т.д.) медицинское вмешательство (информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи) и на отказ от медицинского вмешательства в соответствии со статьей 20 Федерального закона № 323-ФЗ. |
| 4.4. | Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление истории болезни с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятий, клинической картине заболевания). | Н = РТ х 0,5 | - | За исключением случаев исправлений, дописок, заверенных записью «исправленному верить», личной подписью (в стационарных и амбулаторных условиях) и печатью врача (при оказании амбулаторно-поликлинической помощи). Применение данного кода дефекта возможно при наличии перечисленных ниже признаков, явно искажающих сведения о проведенных лечебных и диагностических мероприятиях, клинической картине и влияющих на экспертную оценку случая:  - дописки – внесение текста в свободные места, приводящее к искажению формата документа и его структуры;  - вклейки – наличие в медицинской документации дополнительных данных, в том числе бланков результатов лабораторных, инструментальных обследований, консультаций, не соответствующих сведениям, содержащимся в другой учетно-отчетной медицинской документации (журналы, карты учета и др.);  - исправления (дат, текста, результатов анализов), внесение новых записей, поверх сделанных ранее, при несовпадении с данными в другой учетно-отчетной медицинской документации (журналы, талоны пациентов и др.);  - полное переоформление (истории болезни, амбулаторной карты, карты вызова СМП) – несовпадение текста медицинской документации, либо его части, с копией данного документа, сделанного ранее;  - подтверждения застрахованного лица о непредставлении услуг, включенных в реестр счета на оплату медицинской помощи.  При выявлении дефекта по данному коду дефекта рекомендуется делать копии медицинской документации для последующего подтверждения результатов экспертизы в порядке обжалования.  При экспертизе и реэкспертизе может проводиться фото и видеосъемка, которые могут быть приложением к Акту экспертизы. |
| 4.5. | Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует табелю учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.). | Н = РТ х 1,0 | - | Не применяется в отношении записей лечащих врачей и заведующих отделениями, сделанных в картах стационарных больных (больных дневных стационаров) в нерабочее время врачей в связи с динамическим наблюдением за пациентом, которому ранее в рабочее время такими специалистами оказана медицинская помощь. |
| 4.6. | Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов, в том числе: | | | |
| 4.6.1. | Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы. | В случаях, когда по результатам МЭЭ или ЭКМП устанавливается некорректное применение тарифа, требующего его замены, страховая медицинская организация /ТФОМС Пермского края осуществляет оплату медицинской помощи с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить. | Сшт = РП х 0,3 | К услугам, оказанным в рамках подушевого финансирования, применяется без санкций. |
| 4.6.2. | Включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи пациенту. | Н = РТ х 1,0 | Сшт = РП х 1,0 | Снимается стоимость услуги при отсутствии сведений в медицинской документации на бумажном носителе и/или в электронной медицинской карте (далее – ЭМК): когда в ЭМК создан новый случай оказания медицинской помощи, но отсутствуют описание услуги, результаты обследования. |
| Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов | | | | В соответствии с разъяснениями ФОМС от 27.12.2017 должны выявляться на этапе МЭК.  При отклонении случая оказания медицинской помощи от оплаты на этапе МЭК допускается повторное предъявление случая к оплате после устранения причин, послуживших поводом для его отклонения. |
| 5.1. | Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе: | | | |
| 5.1.1. | наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета; | Н = РТ х 1,0 | - |  |
| 5.1.2. | сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов; | Н = РТ х 1,0 | - |  |
| 5.1.3. | 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; | Н = РТ х 1,0 | - |  |
| 5.1.4. | некорректное заполнение полей реестра счетов; | Н = РТ х 1,0 | - |  |
| 5.1.5. | заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку); | Н = РТ х 1,0 | - |  |
| 5.1.6. | дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты. | Н = РТ х 1,0 | - |  |
| 5.2. | Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации: | | | |
| 5.2.1. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией; | Н = РТ х 1,0 | - |  |
| 5.2.2. | введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе и т.д.); | Н = РТ х 1,0 | - |  |
| 5.2.3. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис обязательного медицинского страхования на территории другого субъекта Российской Федерации; | Н = РТ х 1,0 | - |  |
| 5.2.4. | наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах; <\*\*\*\*> | Н = РТ х 1,0 | - | В том числе отклоняются от оплаты случаи медицинской помощи с датой её оказания позже даты смерти застрахованного лица (по данным, подтвержденным ЗАГС). |
| 5.2.5. | включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по обязательному медицинскому страхованию на территории Российской Федерации. <\*\*\*\*> | Н = РТ х 1,0 | - |  |
| 5.3. | Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу обязательного медицинского страхования, в том числе: | | | |
| 5.3.1. | Включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования; | Н = РТ х 1,0 | - |  |
| 5.3.2. | Предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования; | Н = РТ х 1,0 | - |  |
| 5.3.3. | Включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования). <\*\*\*\*> | Н = РТ х 1,0 | - | В том числе, по данным, полученным после оплаты счета средствами ОМС. |
| 5.4. | Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе: | | | |
| 5.4.1. | Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении; | Н = РТ х 1,0 | - |  |
| 5.4.2. | Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении. | Н = РТ х 1,0 | - |  |
| 5.5. | Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности, в том числе: | | | |
| 5.5.1. | Включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации; | Н = РТ х 1,0 | - |  |
| 5.5.2. | Предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности; | Н = РТ х 1,0 | - |  |
| 5.5.3. | Предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов). <\*\*\*\*> | Н = РТ х 1,0 | - |  |
| 5.6. | Включение в реестр счетов страховых случаев при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи. <\*\*\*\*> | Н = РТ х 1,0 | - |  |
| 5.7. | Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе: | | | |
| 5.7.1. | Позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее); | Н = РТ х 1,0 | - |  |
| 5.7.2. | Дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре; | Н = РТ х 1,0 | - |  |
| 5.7.3. | Стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией; | Н = РТ х 1,0 | - |  |
| 5.7.4. | Стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное в системе обязательного медицинского страхования. | Н = РТ х 1,0 | - |  |
| 5.7.5. | Включения в реестр счетов медицинской помощи: <\*\*\*\*>  - амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара, дневного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, дневного стационара, а также консультаций в других медицинских организациях);  - дней лечения застрахованного лица в условиях дневного стационара в период пребывания пациента в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях); | Н = РТ х 1,0 |  | Отклоняется услуга (посещение, исследование, вызов СМП), не весь случай целиком, предъявленная на оплату за один период оказания медицинской помощи с датами лечения «внутри» дат случая в стационаре.  Не применяется в случаях:   1. Осмотров (консультаций) врачами-специалистами, исследований или сведений об иных медицинских мероприятиях, входящих в объем диспансеризации, которые выполнялись в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения диспансеризации, если они заявлены с «нулевой» стоимостью. 2. Имеющих в составе нижеперечисленные медицинские услуги:   - гемодиализ (сеанс);  - перитонеальный диализ;  - телемедицинское консультирование;  - УЗИ плода (экспертное).  3. Амбулаторных посещений, вызовов СМП, пребывание в дневных стационарах всех типов, в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре при проведении генно-инженерной биологической терапии в соответствии с пунктом 8.19 настоящего Тарифного соглашения (в редакции изменений от 26.02.2019 - распространяются на правоотношения, возникшие с 01.03.2019).  Санкции применяются к КСС:  - вызов СМП;  - амбулаторные посещения врача-стоматолога, зубного врача;  - прием (осмотр, консультация) врача травматолога при оказании неотложной медицинской помощи пациентам с острой травмой.  В том числе, в период пребывания застрахованного лица в дневных стационарах всех типов, за исключением случаев оказания медицинской помощи по профилю «нефрология – хронический гемодиализ». В случае пребывания застрахованного лица в дневных стационарах всех типов применяется для случаев оказания медицинской помощи в одной медицинской организации в случае совпадения врачебной специальности при оказании медицинской помощи застрахованному лицу в амбулаторных условиях по профилю отделения, в котором медицинская помощь оказывается тому же застрахованному лицу в условиях дневного стационара.  Применяется к стационару по стоимости оплаты амбулаторной помощи. В случае амбулаторных посещений или пациенто – дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре медицинской организации-фондодержателя в период пребывания застрахованного лица в стационаре медицинской организации-исполнителя по направлению медицинской организации-фондодержателя применяется к медицинской организации-фондодержателю по стоимости оплаты амбулаторной помощи. |
|  |
| 5.7.6. | 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 | Н = РТ х 1,0 |  |  |
| 5.8. | Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом. <\*\*\*\*> | Н = РТ х 1,0 |  |  |

<\*> Использовать в т.ч. в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

**<\*\*>** **Н = РТ х Кно**,

где:

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

**Кно** - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи в соответствии с п.148 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н.

<\*\*\*> **Сшт = РП х Кшт**,

где:

**Кшт** - коэффициент для определения размера штрафа в соответствии с п.149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н;

**РП –**

1. при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

**РПА базовый**- размер подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленного Тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и контроля;

2. при оказании скорой медицинской помощи:

**РПСМП базовый** - размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный Тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и контроля;

3. при оказании медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара:

**РПСТ**- подушевой норматив финансирования, установленный в соответствии с территориальной программой на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля,

<\*\*\*\*> Возможно использование при медико-экономической экспертизе и экспертизе качества медицинской помощи.