

## **СОГЛАШЕНИЕ**

о внесении изменений и дополнений в тарифное соглашение  
в системе обязательного медицинского страхования  
граждан в Оренбургской области на 2019 год

г. Оренбург

31 мая 2019г.

Настоящее соглашение о внесении изменений и дополнений в Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования граждан в Оренбургской области на 2019 год (далее – Соглашение, ТС) заключено между:

Министерством здравоохранения Оренбургской области в лице исполняющей обязанности министра Зольниковой Галины Петровны,

Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Оренбургской области в лице директора Марковской Виктории Викторовны,

профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями) в лице председателя Оренбургской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Варавва Людмилы Борисовны,

медицинскими профессиональными некоммерческими организациями или их ассоциациями (союзами) в лице председателя правления Оренбургского регионального отделения общероссийской общественной организации «Российская медицинская ассоциация» Гильмутдинова Рината Гаптрауфовича,

страховыми медицинскими организациями, работающими в системе обязательного медицинского страхования Оренбургской области в лице, директора филиала ООО «Страховая компания «Ингосстрах-М» в г. Оренбурге Варламова Олега Анатольевича,

именуемыми в дальнейшем сторонами.

### **I. Предмет соглашения**

1. Предметом соглашения являются изменение и дополнение согласованных ранее сторонами позиций по оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам в Оренбургской области в рамках действующей Территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Программа ОМС) на основании решения Комиссии по разработке территориальной программы ОМС от 31.05.2019г. (протокол №11).

### **II. Вносимые изменения и дополнения**

2.1 В первом абзаце пункта 1 Тарифного соглашения изменить реквизиты приказа МЗ РФ «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» с «от 28.02.2011 № 158н» на «от 28.02.2019г. № 108н»;

2.2 В абзаце третьем подпункта 4.3.1 исключить слово «включая»;

2.3 Подпункт 4.6.9 Тарифного соглашения исключить, изменив нумерацию последующих подпунктов «4.6.10» и «4.6.11» на «4.6.9» и «4.6.10» соответственно.

2.4 В таблице подпункта 5.3 исключить позицию st19.036 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)» и дополнив следующими позициями:

№ КСГ	Наименование КСГ
st19.036.01	«Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10), схемы sh067, sh070, sh181, sh311.1, sh398.1, sh437, sh496, sh504, sh533, sh576.1
st19.036.02	«Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10) схема sh081

2.5 В таблице подпункта 6.3 исключить позицию ds19.027 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)» и дополнить следующими позициями:

№ КСГ	Наименование
ds19.027.01	«Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10), схемы sh022, sh023, sh049, sh070, sh112, sh114, sh115, sh437, sh446, sh513
ds19.027.02	«Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10) схема sh081

2.6 В подпункте 8.8:

- в абзаце первом исключить фразу «включая диспансеризацию»;
- абзацы шестой и седьмой исключить.

2.7 Подпункт 8.11 изложить в новой редакции:

«8.11 Тарифы на проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп населения (приказ МЗ РФ от 13.03.2019 №124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения») в соответствии с приложением 2.9 к настоящему Соглашению».

2.8 Первый абзац раздела IV Тарифного соглашения, после слов «В целях реализации...» дополнить фразой «пп. 146-149 приказа Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования».

2.9 Внести изменения в приложение 2.6 Тарифного соглашения, исключив позиции 3.5, 3.5 А, 3.5.1-3.5.4, 3.6, 3.6.1-3.6.4, 4.4.

2.10 Приложение 2.9 Тарифного соглашения изложить в новой редакции

в соответствии с приложением 1 к настоящему соглашению

2.11 В приложении 3.1 исключить позицию st19.036 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)» и дополнить следующими позициями:

№ п/п	№ КСГ	Наименование	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ
157	st19.036.01	«Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10), схемы sh067, sh070, sh181, sh311.1, sh398.1, sh437, sh496, sh504, sh533, sh576.1	12,54
	st19.036.02	«Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10) схема sh081	27,25

2.12 В приложении 3.2 исключить позицию st19.036 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)» и дополнить следующими позициями:

№ п/п	№ КСГ	Наименование	Рублей	
157	st19.036.01	«Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10), схемы sh067, sh070, sh181, sh311.1, sh398.1, sh437, sh496, sh504, sh533, sh576.1	393 696,04	*
	st19.036.02	«Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10) схема sh081	855 519,70	*

2.13 В приложении 3.3:

- дополнить таблицу 1.2 позицией:

КСГ	Наименование КСГ	Значение К
st19.036	«Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)	1,15

- дополнить таблицу 1.3 позицией:

Основания для применения КСЛП			Значение К
Проведение в рамках одной госпитализации двух схем лекарственной терапии			
КСГ	код схемы	Условие применения КСЛП	
st19.036.02	sh081	Сочетание со схемой sh127	1,3

2.14 В приложении 5.1 исключить позицию ds19.027 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и



кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)» и дополнить следующими позициями:

№ п/п	№ КСГ	Наименование	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ
76	ds19.027.01	«Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10), схемы sh022, sh023, sh049, sh070, sh112, sh114, sh115, sh437, sh446, sh513	33,29
	ds19.027.02	«Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10) схема sh081	66,96

2.15 В приложении 5.2 исключить позицию ds19.027 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)» и дополнить следующими позициями:

№ п/п	№ КСГ	Наименование	Рублей	
76	ds19.027.01	«Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10), схемы sh022, sh023, sh049, sh070, sh112, sh114, sh115, sh437, sh446, sh513	467 771,11	*
	ds19.027.02	«Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10) схема sh081	940 881,74	*

2.16 В приложении 5.3:

- дополнить таблицу 1.1 позицией:

КСГ	Наименование КСГ	Значение К
ds19.027	«Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)	1,1

- таблицу 1.2 изложить в новой редакции в соответствии с приложением 2 к настоящему соглашению.

2.17 Приложение 8 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции в соответствии с приложением 3 к настоящему соглашению.

### III. Заключительные положения

3.1 Соглашение вступает в силу с момента подписания и распространяется на правоотношения, возникшие:

- по пунктам 2.2, 2.3, 2.6, 2.7, 2.9 и 2.10 – с 06.05.2019г.
- по пунктам 2.1, 2.8 и 2.17 с 28.05.2019г.
- по пунктам 2.4, 2.5, 2.11-2.16 – с 01.06.2019г.;

**Подписи сторон:**

От Министерства здравоохранения  
области:



И.о. министра -  
М.П.

Г.П.Зольникова

От ТФОМС Оренбургской области:



Директор  
М.П.

В.В.Марковская

От медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов) и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций):



Председатель Оренбургской областной  
организации профсоюза работников  
здравоохранения Российской Федерации  
М.П.

Л.Б.Варавва

Председатель правления Оренбургского  
регионального отделения общероссийской  
общественной организации «Российская  
медицинская ассоциация»  
М.П.



Р.Г. Гильмутдинов

От Страховых медицинских организаций:



Директор филиала ООО «Страховая  
компания «Ингосстрах-М» в г.Оренбурге  
М.П.

О.А.Варламов

Тарифы на оплату медицинской помощи в части проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения с 06.05.2019г.

метод оплаты, спецкоды	Цели/врачебная специальности/ декретированные группы	В	Д
<b>Диспансеризация взрослого населения</b>			
3.5	<b>1-й этап МУЖ (возраст по году исполнения)</b>	X	
	21,27,33	258,76	
	39	391,76	
	18,24,30	423,76	
	36	556,76	
	41,43,47,49,51,53,57,59,61,63,77,79,81,83,85,87,89,91,93,95,97,99	606,76	
	76,78,80,82,84,86,88,90,92,94,96,98	771,76	
	55	862,76	
	65,67,69,71,73,75	889,76	
	40,42,44,46,48,52,54,56,58,62,66,68,70,72,74	1054,76	
	50,60,64	1310,76	
	45	1609,76	
3.5	<b>1-й этап ЖЕН (возраст по году исполнения)</b>	X	
	41,43,47,49,53,55,59,61,77,79,81,83,85,87,89,91,93,95,97,99	762,13	
	76,78,80,82,84,86,88,90,92,94,96,98	927,13	
	21,27,33	1010,53	
	65,67,69,71,73,75	1045,13	
	39	1143,53	
	18,24,30	1175,53	
	36	1308,53	
	51,57,63	1358,53	
	40,44,46,50,52,56,58,62,64,66,68,70,72,74	1532,77	
	45	2105,53	
	42,48,54,60	2129,17	
3.5.1	<b>2-й этап</b> (1 посещение к врачу-терапевту, ВОП)	452,39	
3.5.2	<b>2-й этап</b> (2 специалиста (посещения), включая врача-терапевта)	904,8	
3.5.3	<b>2-й этап</b> (3 специалиста (посещения), включая врача-терапевта)	1357,19	
3.5.4	<b>2-й этап</b> (4 специалиста (посещения), включая врача-терапевта)	1809,59	
<b>Профилактический медицинский осмотр взрослого населения</b>			
4.4	<b>МУЖ (возраст по году исполнения)</b>	X	
	19,23,25,29,31	258,76	
	35,37	391,76	
	20,22,26,28,32,34	423,76	
	38	556,76	
4.4	<b>ЖЕН (возраст по году исполнения)</b>	X	
	19,23,25,29,31	414,13	
	35,37	547,13	
	20,22,26,28,32,34	579,13	
	38	712,13	



**Поправочные коэффициенты для применения тарифов на основе КСГ  
в дневном стационаре на 2019г.**

**1.2 Коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП)**

Основания для применения КСЛП			Значение К
КСГ	Наименование		
Проведение отдельных этапов экстракорпорального оплодотворения:			
ds02.005 Экстракорпоральное оплодотворение	Проведение первого этапа экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции), I-II (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки), I-III (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов (неполный цикл)		0,60
	Проведение I-III этапов экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) с последующей криоконсервацией эмбрионов (неполный цикл)		1,00
	Полный цикл экстракорпорального оплодотворения без применения		1,00
	Полный цикл экстракорпорального оплодотворения с криоконсервацией эмбрионов		1,10
	Размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (криоперенос)		0,19
Проведение в рамках одной госпитализации двух схем лекарственной терапии:			
КСГ	код	Условия применения КСЛП	
ds19.027.02	sh081	Сочетание со схемой sh127	1,30

Приложение 3  
к Соглашению о внесении изменений и  
дополнений в Тарифное соглашение  
в системе ОМС Оренбургской области  
на 2019 год от "31" мая 2019г.

Приложение 2.9  
к Тарифному соглашению  
в системе ОМС Оренбургской области  
на 2019 год от "27" декабря 2018г.

**Перечень и размер санкций, применяемых к медицинским организациям в рамках отношений по договору на оказание и оплату медицинской помощи по  
обязательному медицинскому страхованию 2019 год**

№ п/п	Перечень дефектов, нарушений	Санкции	
		Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения	Размер штрафа
Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц			
1.1.1.	Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:		
1.1.1.1.	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования		<b>0,3 х размер</b> подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
1.1.1.2.	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации		<b>0,3 х размер</b> подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
1.1.1.3.	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.		<b>0,3 х размер</b> подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н



1.2. Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, в том числе:		
1.2.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания	1,0 х размер подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденный приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
1.2.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания	3,0 х размер подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденный приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
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		
1.3.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания	1,0 х размер подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденный приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
1.3.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке).	3,0 х размер подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденный приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования	1,0 х размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи

1.5.	Приобретение пациентом или лицом, действующим в интересах пациента, лекарственных препаратов и/или медицинских изделий в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в "Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств", согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи и /или клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи"	0,5 х размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	0,5 х размер подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
<b>Раздел 2. Отсутствие информирования застрахованных лиц</b>			
2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет		1,0 х размер подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
2.2.	<b>Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации, в том числе:</b>		
2.2.1.	о режиме работы медицинской организации		0,3 х размер подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
2.2.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи		0,3 х размер подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи		0,3 х размер подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
2.2.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи		0,3 х размер подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н

2.2.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно		<b>0,3 х размер</b> подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
2.2.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50% скидкой со свободных цен		<b>0,3 х размер</b> подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
2.3.	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях		<b>1,0 х размер</b> подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
2.4.	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации, в том числе:		
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации		<b>0,3 х размер</b> подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
2.4.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи		<b>0,3 х размер</b> подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н



2.4.3.	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации		<b>0,3 х размер</b> подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
2.4.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи		<b>0,3 х размер</b> подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
2.4.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно		<b>0,3 х размер</b> подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
2.4.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с пятидесяти процентной скидкой со свободных цен		<b>0,3 х размер</b> подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
<b>Раздел 3. Дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании медицинской помощи</b>			
3.1.	Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц)	<b>0,1 х размер тарифа</b> на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	<b>1,0 х размер</b> подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
3.2.	<p>Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых или (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи (рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи:"</p>		

3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица	0,1 х размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
3.2.2.	приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и/или отсутствия письменного согласия на лечение, в установленных законодательством РФ случаев)	0,3 х размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
3.2.3.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке)	0,4 х размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
3.2.4.	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке)	0,9 х размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	1,0 х размер подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденный приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
3.2.5.	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке)	1,0 х размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	3,0 х размер подушевого финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденный приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи и/или клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи мероприятий:		
3.3.2.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от		



3.4.	Прекращение с клинической точки зрения прекращения проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения)	0,5 х размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
3.5.	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, дефекты лечения, преждевременная выписка), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обособленное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 15 дней со дня завершения амбулаторного лечения; повторная госпитализация в течение 30 дней со дня завершения лечения в стационаре; повторный вызов скорой медицинской помощи в течение 24 часов от момента предшествующего вызова.	0,3 х размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации <b>преemptивности</b> в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица	0,8 х размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	1,0 х размер подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
3.7.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний <b>(необоснованная госпитализация)</b> , медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара	0,7 х размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	0,3 х размер подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н



3.8.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям	0.6 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
3.10.	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях		
3.12.	Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств - синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения		
3.13.	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством		
3.14.	Наличие расхождений клинического и патолого-анатомического диагнозов 2-3 категории вследствие дефектов при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи.		
Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации			

4.1	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	1,0 x размер подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
4.2.	Отсутствие в первичной медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и повести анализ качества	0,1 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
4.3.	Отсутствие в первичной документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение в установленных законодательством Российской Федерации случаях	0,1 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
4.4.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление истории болезни с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	0,5 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
4.5.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.)	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:		
4.6	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов		

4.6.1.	Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы.	разница тарифа, предъявленного к оплате и который нужно платить	к 0,3 x размер подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
4.6.2.	Включение в счет на оплату медицинской помощи/медицинских услуг при отсутствии в медицинском документе сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи пациенту.	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	1,0 x размер подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
<b>Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов</b>			
5.1.	<b>Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:</b>		
5.1.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме представленной медицинской помощи по реестру счетов	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
5.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку)	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
5.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
5.2.	<b>Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации, в том числе:</b>		



5.2.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
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)	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис обязательного медицинского страхования на территории другого субъекта Российской Федерации	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
5.2.4.	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
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	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
5.3.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих 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	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
5.3.2.	предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
5.3.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования)	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
5.4.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь, в том числе:		
5.4.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
5.4.2.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
5.5.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности, в том числе:		

5.5.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
5.5.2.	представление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
5.5.3.	представление 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 выданных уведомлений)	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
5.6.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
5.7.	<b>Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи, в том числе:</b>		
5.7.1.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, который был оплачен ранее)	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
5.7.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
5.7.3.	стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
5.7.4.	стоимость услуги включена в норматив финансирования обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
5.7.5.	включения в реестр счетов следующих видов медицинской помощи, в том числе:	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
	амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	



	пациенто - дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме для поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях)	в 1,0 х размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
5.7.6.	включение в реестр счетов нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения	1,0 х размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	