

Приложение № 21
к Тарифному соглашению по обязательному
медицинскому страхованию на территории
Пермского края на 2022 год, заключенному
на заседании Комиссии по разработке
территориальной программы обязательного
медицинского страхования Пермского края
28.12.2021, протокол от 28.12.2021 № 14

Таблица 1

**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 нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н)<*>	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Сшт)<***>	Рекомендации по применению
Раздел 1. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономического контроля				
1.1.	Нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе	0	0,3	

	сроков ожидания медицинской помощи, несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения.			
1.2.	Невключение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения.	0	1	
1.3.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации для оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной форме на койки терапевтического и хирургического профилей.	1	0,3	
1.4.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:			
1.4.1.	наличие ошибок и/или недостоверной	1	0	

	информации в реквизитах счета;			
1.4.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	1	0	
1.4.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению, в том числе отсутствие указаний о включении в группу диспансерного наблюдения лица, которому установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение, отсутствие сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи, по данным персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и (или) о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;	1	0	В том числе отклоняются от оплаты случаи медицинской помощи с датой её оказания позже даты смерти застрахованного лица (по данным, подтвержденным ЗАГС).
1.4.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	1	0	
1.4.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	1	0	
1.4.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты;	1	0	
1.5.	Введение в реестр счетов		0	

	недостовверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (включая ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе);	1		
1.6.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в программу обязательного медицинского страхования, в том числе:			
1.6.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, а также заболеваний и состояний, не входящих в программу обязательного медицинского страхования;	1	0	
1.6.2.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;	1	0	
1.6.3.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх размера финансового обеспечения распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;	1	0	
1.6.4.	включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей	1	0	В том числе, по данным, полученным после оплаты счета средствами ОМС.

	оплате из других источников финансирования, в том числе тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования Российской Федерации, медицинских услуг, оказываемой частными медицинскими организациями в рамках пилотного проекта по вовлечению частных медицинских организаций в оказание медико-социальных услуг лицам в возрасте 65 лет и старше, являющимся гражданами Российской Федерации, в том числе проживающим в сельской местности.			
1.7.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе:			
1.7.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;	1	0	
1.7.2.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.	1	0	
1.8.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности, в том числе с нарушением лицензионных требований:			
1.8.1.	включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской	1	0	

	деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;			
1.8.2.	предоставление реестров счетов в случае прекращения действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;	1	0	
1.8.3.	предоставление на оплату реестров счетов в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: в том числе, данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности (на основании информации лицензирующих органов).	1	0	
1.9.	Включение в реестр счетов страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации специалиста по профилю оказания медицинской помощи.	1	0	
1.10.	Нарушения, связанные с повторным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе:			
1.10.1.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	1	0	

1.10.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	1	0	
1.10.3.	стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;	1	0	
1.10.4.	стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию;	1	0	
1.10.5.	включение в реестр счетов медицинской помощи, оказанной амбулаторно, в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также оказания медицинской помощи (консультаций) в других медицинских организациях в экстренной и неотложной форме);	1	0	Отклоняется услуга (посещение, исследование, вызов СМП), 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;

			<p>- УЗИ плода (экспертное).</p> <p>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.</p> <p>Санкции применяются к КСС:</p> <ul style="list-style-type: none"> - вызов СМП; - амбулаторные посещения врача-стоматолога, зубного врача; - прием (осмотр, консультация) врача травматолога при оказании неотложной медицинской помощи пациентам с острой травмой. <p>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.</p> <p>Применяется к стационару по стоимости оплаты амбулаторной помощи. В случае амбулаторных посещений или пациенто – дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре медицинской организации-</p>
--	--	--	---

				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.
1.10.6.	включение в реестр счетов нескольких страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана застрахованному лицу стационарно в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.	1	0	
Раздел 2. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономической экспертизы				
2.1.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования.	0	0,3	В том числе 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;

			<p>на лечение пациентов с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания с применением химиотерапии.</p> <p>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:</p> <p>а) при нарушении сроков направления: к онкологу первичного онкологического кабинета (отделения) – 2.1.1;</p> <p>- на биопсию пациентов с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания -2.1.2;</p> <p>- на диагностические исследования пациентов с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания – 2.1.3;</p> <p>- к онкологу в специализированную МО с целью диагностики заболевания – 2.1.4;</p> <p>на лечение пациентов с установленным диагнозом онкологического заболевания – 2.1.5;</p> <p>- на лечение пациентов с установленным</p>
--	--	--	--

				<p>диагнозом онкологического заболевания с применением химиотерапии – 2.1.6;</p> <p>б) при нарушении сроков начала, окончания и возобновления очередного цикла химиотерапии – 2.1.7;</p>
2.2.	<p>Нарушение условий оказания скорой медицинской помощи, выразившееся в несоблюдении установленного программой обязательного медицинского страхования времени доезда бригады скорой медицинской помощи, при летальном исходе до приезда бригады скорой помощи.</p>	1	3	<p>В соответствии с территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи время доезда до пациента бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме не должно превышать 20 минут с момента ее вызова для населенных пунктов Пермского края с численностью населения 10 тысяч человек и более. Для населенных пунктов Пермского края с численностью населения менее 10 тысяч человек время доезда до пациента бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме с момента ее вызова и с учетом транспортной доступности, плотности населения, а также климатических и географических особенностей Пермского края может составлять:</p> <p>до 40 минут с момента ее вызова при расстоянии от 20 до 40 километров от отделения (подстанции) скорой медицинской помощи до места нахождения пациента;</p> <p>до 60 минут с момента ее вызова при расстоянии от 41 до 60 километров от отделения (подстанции) скорой медицинской помощи до места нахождения пациента;</p> <p>до 90 минут с момента ее вызова при расстоянии</p>

				<p>свыше 61 километра от отделения (подстанции) скорой медицинской помощи до места нахождения пациента.</p> <p>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.</p>
2.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, в том числе:			
2.3.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;	0	1	
2.3.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья;	0	2	<p>Возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания.</p>
2.3.3.	приведший к летальному исходу.	0	3	<p>Применяется также при контроле случаев оказания медицинской помощи онкологическим больным при необоснованном отказе в получении медицинской помощи из-за отсутствия лекарственных препаратов.</p> <p>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</p>

				<p>медицинской помощи пациентам с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания, дополнительно указывается код дефекта с уточнением в последнем знаке:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 – 2.3.2.1.
2.4.	Несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения застрахованного лица, которому по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение.	0	0,3	
2.5.	Непроведение диспансерного наблюдения застрахованного лица (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения), включенного в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований, в том числе:			
2.5.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;	0	1	
2.5.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом	0	2	

	и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения);			
2.5.3.	приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения).	0	3	
2.6.	Предоставление на оплату реестров счетов в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: в том числе, данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности (по факту выявления с учетом информации лицензирующих органов).	1	0	
2.7.	Представление в реестрах счетов повторных случаев госпитализации застрахованного лица по одному и тому же заболеванию с длительностью три дня и менее в течение четырнадцати календарных дней при оказании медицинской помощи в указанный период в амбулаторных условиях (за	1	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

	исключением случаев, при которых стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией).			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.
2.8.	Необоснованное представление в реестрах счетов случаев оказания застрахованному лицу медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в период пребывания в условиях круглосуточного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях при экстренных и неотложных состояниях).	1	0,3	
2.9.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, входящую в базовую либо территориальную программу обязательного медицинского страхования, при оказании медицинской помощи в рамках базовой либо территориальной программы обязательного медицинского страхования.	0	1	Сто процентов возврат медицинской организацией застрахованному лицу необоснованно затраченных средств.
2.10.	Приобретение пациентом или его представителем в период оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для	0,5	0,5	Сто процентов возврат медицинской организацией застрахованному лицу необоснованно затраченных средств.

	<p>медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, и/или использование медицинской организацией лекарственных препаратов, предоставленных пациентом или иной организацией, действующей в интересах пациента, из иных источников финансирования (за исключением оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях).</p>			
2.11.	<p>Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.</p>	0	0,6	
2.12.	<p>Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин в течение 5 рабочих дней после получения медицинской организацией</p>	1	0	<p>При всех условиях оказания 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</p>

	соответствующего запроса от Федерального фонда обязательного медицинского страхования, или территориального фонда обязательного медицинского страхования, или страховой медицинской организации.			предоставляться МО в установленные нормативными документами сроки.
2.13.	Отсутствие в документации (несоблюдение требований к оформлению) информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях.	0,1	0	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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,</p>

				<p>утвержденной МЗ РФ (до утверждения федерального нормативного документа).</p> <p>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.</p>
2.14.	<p>Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания; расхождение сведений об оказании медицинской помощи в различных разделах медицинской документации и (или) учетно-отчетной документации, запрошенной на проведение экспертизы).</p>	0,5	0	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дописки – внесение текста в свободные места, приводящее к искажению формата документа и его структуры; - вклейки – наличие в медицинской документации дополнительных данных, в том

				<p>числе бланков результатов лабораторных, инструментальных обследований, консультаций, не соответствующих сведениям, содержащимся в другой учетно-отчетной медицинской документации (журналы, карты учета и др.);</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>При выявлении дефекта по данному коду дефекта рекомендуется делать копии медицинской документации для последующего подтверждения результатов экспертизы в порядке обжалования.</p> <p>При экспертизе и реэкспертизе может проводиться фото- и видеосъемка.</p>
2.15.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует табелю учета рабочего времени врача (в том числе, оказание медицинской помощи в период отпуска, обучения,	1	0	<p>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.</p>

	командировок, выходных дней).			
2.16.	Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:			
2.16.1.	оплаченный случай оказания медицинской помощи выше тарифа, установленного тарифным соглашением;	0,1	0,3	К услугам, оказанным в рамках подушевого финансирования, применяется без санкций.
2.16.2.	включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу.	1	1	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
2.17.	Отсутствие в карте стационарного больного протокола врачебной комиссии в случаях назначения застрахованному лицу лекарственного препарата, не входящего в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.	0	0,3	
2.18.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной либо базовой программой обязательного медицинского страхования.	0	0,3	
Раздел 3. Нарушения, выявляемые при проведении экспертизы качества медицинской помощи				

3.1.	Установление неверного диагноза, связанное с отсутствием обоснования клинического диагноза в первичной медицинской документации или несоответствие результатов обследования клиническому диагнозу:			
3.1.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	0	
3.1.2.	приведшее к удлинению или укорочению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,3	0	
3.1.3.	приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания;	0,4	0,3	
3.1.4.	приведшее к инвалидизации;	0,9	1	
3.1.5.	приведшее к летальному исходу (в том числе при наличии расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов);	1	3	
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе по результатам проведенного диспансерного наблюдения, рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:			

3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	0	<p>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.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 -
--------	---	-----	---	--

			<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 -
--	--	--	--

			<p>3.2.1.19;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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». - нарушение порядка составления календарного плана диспансеризации – 3.2.1.31; - нарушение сроков проведения диспансеризации – 3.2.1.32». <p>При оценке объема выполненных диагностических мероприятий учитываются исследования (лабораторные, инструментальные), проведенные на предыдущем этапе.</p> <p>Код дефекта применяется также в случаях, когда диагноз по результатам ЭКМП подтвержден, но имеются факты:</p>
--	--	--	---

			<p>- 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), выполненными в стационаре и/или догоспитальном этапе (с отражением в истории болезни метода исследования, места исследования, даты, результата);</p> <p>- 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).</p> <p>Применяется ЭКМП 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</p>
--	--	--	--

				<p>рекомендаций о конкретной дате явки для последующего курса химиотерапии, рекомендаций проведения контрольных лабораторных и инструментальных исследований и сроках их проведения. Применяется при непроведении диспансерного наблюдения лиц, страдающих хроническими заболеваниями, подлежащих наблюдению; отсутствии плана диспансерного наблюдения; отсутствии рекомендаций о дате следующей явки для диспансерного осмотра.</p>
3.2.2.	<p>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);</p>	0,4	0,3	<p>Применяется также 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 полноценной 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</p>

				<p>данных о коррекции сопутствующих заболеваний; невыполнением показанных контрольных лабораторных и инструментальных исследований.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - по случаям несвоевременного назначения сильнодействующих (наркотических) препаратов – 3.2.2.1; - по случаям неназначения сильнодействующих (наркотических) препаратов – 3.2.2.2; - по случаям несвоевременного оформления рецептов на сильнодействующие (наркотические) препараты – 3.2.2.3.
3.2.3.	приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,9	1	
3.2.4.	приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа	1	3	В связи с поручением заместителя председателя Правительства РФ О.Ю. Голодец от 01.10.2015

	застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);			№ 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 – 3.2.4.1, МРТ – 3.2.4.2, ангиографии – 3.2.4.3, лучевой терапии – 3.2.4.4, прочие нарушения использования дорогостоящего оборудования – 3.2.4.5.
3.2.5.	рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении указанными центрами консультаций/консилиумов с применением консультаций с применением телемедицинских технологий, при необоснованном невыполнении данных рекомендаций;	0,9	1	
3.2.6.	по результатам проведенного диспансерного наблюдения.	0,9	1	
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных	0,5	0,6	

	<p>порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий, приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания.</p>			
3.4.	<p>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).</p>	0,5	0,3	<p>Применяется в случае недостижения запланированного результата, определенного стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения).</p>
3.5.	<p>Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, преждевременная выписка из медицинской организации), вследствие которых при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение четырнадцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, тридцати дней стационарно (повторная госпитализация).</p>	0,3	0	<p>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.</p>

3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в оказании медицинской помощи (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков оказания медицинской помощи и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	0,8	1	<p>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 ненаправлении нуждающегося пациента на другой этап лечения, в другую медицинскую организацию, где ему может быть оказана соответствующая медицинская помощь.</p> <p>Не применяется в случаях невозможности перевода пациентов (нетранспортабельность, тяжесть состояния, отказ пациента).</p> <p>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</p>
3.7.	Госпитализация застрахованного лица в плановой или неотложной форме с нарушением требований к профильности оказанной медицинской	1	0,3	<p>Не применяется в случаях невозможности перевода пациента на другой профиль в виду отказа пациента, тяжести состояния, отказа принимающей МО с занесением в первичную</p>

	помощи (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации в неотложной и экстренной форме с последующим переводом в течение суток в профильные медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций).			медицинскую документацию соответствующей записи
3.8.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре, отсутствие пациента в медицинской организации на дату проверки.	1	0,3	Применяется также при контроле случаев оказания медицинской помощи онкологическим больным при необоснованной госпитализации в круглосуточный стационар, медицинская помощь могла быть предоставлена в условиях дневного стационара.
3.9.	Необоснованное повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании медицинской помощи амбулаторно, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях, в связи с выпиской лекарственных препаратов группам населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей бесплатно и с 50-процентной скидкой, наблюдения беременных женщин, посещений, связанных с выдачей	1	0,3	

	справок и иных медицинских документов.			
3.10.	Наличие расхождений клинического и патолого-анатомического диагнозов, обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований в связи с несоответствием оснащения медицинской организации (структурного подразделения медицинской организации).	0,9	0,5	
3.11.	Отсутствие в медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи.	0,5	0	
3.12.	Нарушение прав застрахованных лиц на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, базовой программы обязательного медицинского страхования; на выбор врача.	0	0,3	
3.13.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов;	0,5	0,6	Оценивается соответствие лекарственной терапии стандартам оказания медицинской

	<p>одновременное назначение лекарственных препаратов со схожим фармакологическим действием; нерациональная лекарственная терапия, в том числе несоответствие дозировок, кратности и длительности приема лекарственных препаратов клиническим рекомендациям и стандартам медицинской помощи, связанные с риском для здоровья пациента.</p>			<p>помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения), инструкциям по применению лекарственных средств и устанавливается обоснованность назначения.</p>
--	---	--	--	---

<*> 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».

<***> $H = PT \times K_{но}$,

где:

H - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

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

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

<***> $C_{шт.} = PP \times K_{шт.}$,

где:

C_{шт.} - размер штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

PP - установленный тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемый в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, или подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, или подушевой норматив финансирования;

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