

Дополнительное соглашение № 3
к тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования
Новосибирской области от 16.02.2016

г. Новосибирск

«12» *декабря* 2016 г.

Министерство здравоохранения Новосибирской области в лице министра Иванинского Олега Ивановича,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Новосибирской области в лице директора Ягнюковой Елены Владимировны,

страховые медицинские организации в лице генерального директора Общества с ограниченной ответственностью «Страховая медицинская организация «СИМАЗ-МЕД» Вторушина Евгения Станиславовича;

медицинские профессиональные некоммерческие организации, созданные в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в лице председателя Общественной организации «Новосибирская областная ассоциация врачей» Дорофеева Сергея Борисовича,

профессиональные союзы медицинских работников или их объединения (ассоциации) в лице председателя Новосибирской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Печерской Галины Ивановны, в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», заключили настоящее соглашение о нижеследующем:

1. Внести в Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Новосибирской области от 16.02.2016 (с изм. от 18.04.2016 № 1, от 29.06.2016 № 2) следующие изменения:

1.1. Подпункт 3.3.3 пункта 3.3 изложить в следующей редакции:

«Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации программы обязательного медицинского страхования Новосибирской области в амбулаторных условиях, на 1 застрахованное лицо составляет 3443,79 рублей.»

1.2. Подпункт 3.4.6 пункта 3.4 изложить в следующей редакции:

«Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации программы обязательного медицинского страхования Новосибирской области в стационарных условиях, на 1 застрахованное лицо составляет 4466,91 рублей.»

1.3. Подпункт 3.5.6 пункта 3.5 изложить в следующей редакции:

«Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации программы обязательного медицинского страхования Новосибирской области в условиях дневного стационара, на 1 застрахованное лицо составляет 764,02 рублей.»

1.4. Подпункт 3.6.1 пункта 3.6 изложить в следующей редакции:

«Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации программы обязательного медицинского страхования Новосибирской области в части скорой медицинской помощи, на 1 застрахованное лицо составляет 639,69 рублей.»

1.5. В приложении 2:

а) в пункте 3.10 слова ГБУЗ НСО «ГНОКДЦ» заменить словами «ГБУЗ НСО «ГКБ № 1»;

б) таблицу 2 изложить в следующей редакции:

«Значения средневзвешенного интегрированного коэффициента дифференциации
подушевого норматива для i-группы медицинской организации

Таблица 2

Группа (подгруппа) МО	Средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива
1	0,66
2	0,74
3	1,04
4	1,42
5	1,98

в) приложение 1 изложить в следующей редакции:

«Распределение медицинских организаций, оказывающих
первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях,
по группам

код МО	Название медицинской организации	Группы МО
4	ГБУЗ НСО «ГНОКГВВ»	4
105	ГБУЗ НСО «ДГКБ № 6»	5
112	ГБУЗ НСО «ГБ № 4»	1
115	ГБУЗ НСО «ДГКБ № 1»	5
116	ГБУЗ НСО «ГП № 13 «	1
120	ГБУЗ НСО «ДГКБ № 4 имени В.С. Гераськова»	5
123	ГБУЗ НСО «ГКБ № 11»	1
125	ГБУЗ НСО «ГКБ №34»	4
130	ГБУЗ НСО «ГКБ № 19»	2
131	ГБУЗ НСО «ГБ № 3»	1
135	ГБУЗ НСО «ГВВ № 3»	1
140	ГБУЗ НСО «ГКБ № 25»	5
143	ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России	4
145	НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Новосибирск-Главный ОАО «РЖД»	2
150	ЦКБ СО РАН	5
160	ГБУЗ НСО «ГП № 14»	3
204	ГБУЗ НСО «ГП № 17»	1
217	ГБУЗ НСО «ККДП № 27»	1
225	ГБУЗ НСО «ГП № 21»	1
230	ГБУЗ НСО «ГП № 16»	1
233	ГБУЗ НСО «ГП № 24»	1
234	ГБУЗ НСО «ГП № 18»	1
237	ГБУЗ НСО «ГП № 7»	1
241	ГАУЗ НСО «ГКП № 1»	4
260	ГБУЗ НСО «ГП № 2»	1
265	ГБУЗ НСО «КДП № 2»	2
267	ГБУЗ НСО «ГП № 22»	1
268	ГБУЗ НСО «ГП № 20»	2
269	ГБУЗ НСО «ГП № 29»	3
341	ООО «Санталь»	1
600	ГБУЗ НСО «Баганская ЦРБ»	4
601	ГБУЗ НСО «Барабинская ЦРБ»	4
602	ГБУЗ НСО «Болотнинская ЦРБ»	2
603	ГБУЗ НСО «Венгеровская ЦРБ»	5

604	ГБУЗ НСО «Доволенская ЦРБ»	5
605	ГБУЗ НСО «Здвинская ЦРБ»	3
607	ГБУЗ НСО «ИЦГБ»	4
610	ГБУЗ НСО «Карасукская ЦРБ»	4
611	ГБУЗ НСО «Каргатская центральная районная больница»	4
612	ГБУЗ НСО «Колыванская ЦРБ»	3
613	ГБУЗ НСО «Коченевская ЦРБ»	3
615	ГБУЗ НСО «Кочковская ЦРБ»	3
616	ГБУЗ НСО «Краснозерская ЦРБ»	4
618	ГБУЗ НСО «Куйбышевская ЦРБ»	2
623	ГБУЗ НСО «Купинская ЦРБ»	4
624	ГБУЗ НСО Кыштовская ЦРБ	5
625	ГБУЗ НСО «Маслянинская ЦРБ»	3
626	ГБУЗ НСО «Мошковская ЦРБ»	4
628	ГБУЗ НСО НЦРБ	4
630	ГБУЗ НСО «Ордынская ЦРБ»	4
631	ГБУЗ НСО «Северная ЦРБ»	5
632	ГБУЗ НСО «Сузунская ЦРБ»	4
634	ГБУЗ НСО «Татарская ЦРБ им. 70-лет. НСО»	5
636	ГБУЗ НСО «Тогучинская ЦРБ»	4
639	ГБУЗ НСО «Убинская ЦРБ»	5
640	ГБУЗ НСО «Усть-Таркская ЦРБ»	5
641	ГБУЗ НСО «Чановская ЦРБ»	4
642	ГБУЗ НСО «Черепановская ЦРБ»	3
645	ГБУЗ НСО «Чистоозерная ЦРБ»	3
646	ГБУЗ НСО «Чулымская ЦРБ»	3
647	ГБУЗ НСО «БЦГБ»	2
651	ГБУЗ НСО «ОЦГБ»	3
655	ГБУЗ НСО «Линевская РБ»	5
657	ГБУЗ НСО «НРБ № 1»	1
868	НУЗ «Узловая больница на ст. Карасук ОАО «РЖД»	1
869	НУЗ «Узловая больница на ст. Барабинск ОАО «РЖД»	1
873	НУЗ «Узловая поликлиника на ст.Татарская ОАО «РЖД»	1

1.6. В Приложении 3:

а) строку с № КСГ 44-199 таблицы 8 заменить строками с № КСГ 44-153; 154-161; 162-199 следующего содержания:

«	44-153	1,00	
	154-161	0,65	
	162-199	1,00	»;

б) таблицу 10 изложить в следующей редакции:

«Тариф КСГ по стационарной помощи, к которым не применяется
КУСмо (КПУСмо)

Таблица 10

№ КСГ	Наименование КСГ	КЗ	Тариф, руб.
17	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки	0,89	16 368,88
29	Легкие дерматозы	0,36	6 621,12
83	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина	1,95	35 864,40
84	Комплексное лечение заболеваний нервной системы с применением препаратов иммуноглобулина	4,32	79 453,44
95	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии	0,68	12 506,56
153	Ремонт и замена речевого процессора	25	459 800,00
189	Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и	0,74	13 610,08

	двенадцатиперстной кишки		
191	Болезни желчного пузыря	0,72	13 242,24
193	Гипертоническая болезнь в стадии обострения	0,7	12 874,40
194	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца, уровень 1	0,78	14 345,76
198	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания	0,75	13 794,00
224	Болезни предстательной железы	0,73	13 426,16
237	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)	0,55	10 115,60
247	Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей	0,76	13 977,92
253	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы	0,37	6 805,04
265	Аппендэктомия, уровень 1, взрослые	0,73	13 426,16
266	Аппендэктомия, уровень 2, взрослые	0,91	16 736,72
267	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)	0,86	15 817,12
268	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)	1,24	22 806,08
269	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)	1,78	32 737,76
295	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии	5,35	98 397,20
299	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов	2,32	42 669,44

1.7. В приложении 4:

а) таблицу 8 изложить в следующей редакции:

«Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП)

Таблица 8

Критерий применения коэффициента		Значение коэффициента КСЛП
Возраст	75 лет и старше	1.2
	0-4 года	1.2
Средняя длительность лечения (СДЛ) 1-3 дня включительно*		0.5

* значение коэффициента не применяется при КСГ 41 с 01.10.2016, КСГ 61-66 с 01.11.2016.»

б) таблицу 9 дополнить строками следующего содержания:

61	Болезни и травмы глаза	0,65
62	Операции на органе зрения (уровень 1)	0,65
63	Операции на органе зрения (уровень 2)	0,65
64	Операции на органе зрения (уровень 3)	0,65
65	Операции на органе зрения (уровень 4)	0,65
66	Операции на органе зрения (уровень 5)	0,65

1.8. Приложение 6 изложить в следующей редакции, указанной в приложении 1 к настоящему соглашению.

1.9. Строки с кодом МО 100, 126, 237, 341, 664 приложения 7 изложить в следующей редакции:

100	ГБУЗ НСО «ГКБ № 1»	3	3,2	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1
126	ГБУЗ НСО «ГКБСМП № 2»	2	2,5	2,3	2,1	2,1		2,2
237	ГБУЗ НСО «ГП № 7»	1		1,3	1,1	1,1	1,1	1,1
341	ООО «Санталь»	1		1,1	1,2	1,2		1,3
664	ЗАО «Сосновка»	1	1,1	1,1				

1.10. Приложение 8 изложить в редакции, указанной в приложении 2 к настоящему соглашению:

1.11. Приложение 9 исключить.

2. Настоящее соглашение вступает в силу с момента его подписания сторонами, и распространяет свое действие на отношения:

а) установленные абзацем «а» пункта 1.6 с 01.01.2016 года;

- б) установленные пунктами 1.6, в части строки с кодом МО 664 с 01.08.2016 года;
- в) установленные пунктами 1.6, в части строки с кодом МО 126 с 01.09.2016 года;
- г) установленные абзацем «б» пункта 1.2, абзацем «а» пункта 1.4, пунктом 1.5 с 01.10.2016 года;
- д) установленные пунктом 1.1, абзацем «б» пункта 1.4, пунктом 1.6 в части строки с кодом МО 100, 237, 341, с 01.11.2016 года.

3. Настоящее дополнительное соглашение составлено в 5 экземплярах, по одному для каждой Стороны.

Министр здравоохранения
Новосибирской области



О.И.Иванинский

М.П., подпись

Директор Территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Новосибирской области



Е.В.Ягнюкова

М.П., подпись

Генеральный директор общества с
ограниченной ответственностью
«Страховая медицинская организация
«СИМАЗ-МЕД»



Е.С.Вторушин

М.П., подпись

Председатель Общественной
организации «Новосибирская
областная ассоциация врачей»



С.Б.Дорофеев

М.П., подпись

Председатель Новосибирской
областной организации профсоюза
работников здравоохранения
Российской Федерации



Г.И. Печерская

М.П., подпись

Перечень санкций, применяемых к медицинским организациям по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

N п/п	Дефекты, нарушения	Санкции	
		Сумма, не подлежащая оплате, уменьшения оплаты, возмещения	Размер штрафа
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;	-	30% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, установленного на дату оказания медицинской помощи
1.1.2.	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;	-	30% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, установленного на дату оказания медицинской помощи
1.1.3.	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке.	-	30% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, установленного на дату оказания медицинской помощи
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 причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	-	100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, установленного на дату оказания медицинской помощи
1.2.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания	-	300% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год,

			установленного на дату оказания медицинской помощи
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 причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	-	100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, установленного на дату оказания медицинской помощи
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).	-	300% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, установленного на дату оказания медицинской помощи
1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.	100% стоимости случая оказания медицинской помощи	100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, установленного на дату оказания медицинской помощи
1.5.	Приобретение пациентом или лицом, действовавшим 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.	50% стоимости случая оказания медицинской помощи	50% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, установленного на дату оказания медицинской помощи
2. Отсутствие информированности застрахованного населения			
2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет	-	100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, установленного на дату оказания медицинской помощи
2.2.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации:		
2.2.1.	о режиме работы медицинской организации	-	50% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год,

			установленного на дату оказания медицинской помощи
2.2.2.	об условия оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи	-	50% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, установленного на дату оказания медицинской помощи
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи	-	50% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, установленного на дату оказания медицинской помощи
2.2.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи	-	50% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, установленного на дату оказания медицинской помощи
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	-	50% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, установленного на дату оказания медицинской помощи
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-процентной скидкой со свободных цен	-	50% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, установленного на дату оказания медицинской помощи
2.3.	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях	-	100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, установленного на дату оказания медицинской помощи
2.4.	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:		
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации	-	50% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, установленного на дату оказания медицинской помощи
2.4.2.	об условия оказания медицинской помощи,	-	50% размера норматива

	установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи		финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, установленного на дату оказания медицинской помощи
2.4.3.	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации	-	50% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, установленного на дату оказания медицинской помощи
2.4.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи	-	50% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, установленного на дату оказания медицинской помощи
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	-	50% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, установленного на дату оказания медицинской помощи
2.4.6.	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-процентной скидкой со свободных цен	-	50% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, установленного на дату оказания медицинской помощи
3. Дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи			
3.1.	Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц)	10% стоимости случая оказания медицинской помощи	100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, установленного на дату оказания медицинской помощи
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи:		
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица	10% стоимости случая оказания медицинской помощи	-
3.2.2.	приведших к удлинению сроков лечения	30% стоимости случая	-

	сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) отсутствия письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях)	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)	40% стоимости случая оказания медицинской помощи	-
3.2.4.	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке)	90% стоимости случая оказания медицинской помощи	100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, установленного на дату оказания медицинской помощи
3.2.5.	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке)	100% стоимости случая оказания медицинской помощи	300% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, установленного на дату оказания медицинской помощи
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, стандартами 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 лечения, оформленного в установленном порядке)	40% стоимости случая оказания медицинской помощи	-
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения)	50% стоимости случая оказания медицинской помощи	-
3.5.	Повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения и 90 дней со дня завершения лечения в стационаре, вследствие отсутствия положительной динамики в состоянии здоровья, подтвержденное проведенной целевой или плановой экспертизой (за исключением случаев этапного лечения).	50% стоимости случая оказания медицинской помощи	-
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в	80% стоимости случая оказания медицинской помощи	100% размера норматива финансового обеспечения

	том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица	помощи	территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, установленного на дату оказания медицинской помощи
3.7.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара.	70% стоимости случая оказания медицинской помощи	30% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, установленного на дату оказания медицинской помощи
3.8.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям	60% стоимости случая 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.	100% стоимости случая оказания медицинской помощи	-
3.11.	Неправильное действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания)	90% стоимости случая оказания медицинской помощи	100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, установленного на дату оказания медицинской помощи
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	30% стоимости случая оказания медицинской помощи	-
3.13.	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.	30% стоимости случая оказания медицинской помощи	30% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, установленного на дату оказания медицинской помощи
3.14.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории вследствие дефектов при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи.	90% стоимости случая оказания медицинской помощи	100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, установленного на дату оказания медицинской помощи
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.	100% стоимости случая оказания медицинской помощи	-
4.2.	Дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы	10% стоимости случая оказания медицинской помощи	-

	качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления 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	10% стоимости случая 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)	90% стоимости случая 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.)	100% стоимости случая оказания медицинской помощи	-
4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов	100% стоимости случая оказания медицинской помощи при полном несоответствии сроков лечения 100% разницы между стоимостью случая оказания медицинской помощи, выставленного в реестр, и фактической стоимостью случая оказания медицинской помощи	100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, установленного на дату оказания медицинской помощи
4.6.1	Некорректное применение тарифа по клинико-статистической группе, требующее его замены по результатам экспертизы.		
5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов			
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	100% стоимости случая оказания медицинской помощи	-
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме представленной медицинской помощи по реестру счетов	100% стоимости случая оказания медицинской помощи	-
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению	100% стоимости случая оказания медицинской помощи	-
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов	100% стоимости случая оказания медицинской помощи	-
5.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит	100% стоимости случая оказания медицинской помощи	-

	арифметическую ошибку)	помощи	
5.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты	100% стоимости случая оказания медицинской помощи	-
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	100% стоимости случая 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 ОМС, адресе и т.д.)	100% стоимости случая оказания медицинской помощи	-
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис ОМС на территории другого субъекта РФ	100% стоимости случая оказания медицинской помощи	-
5.2.4.	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах	100% стоимости случая оказания медицинской помощи	-
5.2.5.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории РФ	100% стоимости случая оказания медицинской помощи	-
5.3.	Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС:		
5.3.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу ОМС	100% стоимости случая 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	100% стоимости случая 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)	100% стоимости случая оказания медицинской помощи	-
5.4.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь:		
5.4.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении	100% стоимости случая 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	100% стоимости случая оказания медицинской помощи	-
5.5.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности:		
5.5.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации	100% стоимости случая оказания медицинской помощи	-

5.5.2.	предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации	100% стоимости случая оказания медицинской помощи	-
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)	100% стоимости случая 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	100% стоимости случая оказания медицинской помощи	-
5.7.	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи:		
5.7.1.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, который был оплачен ранее)	100% стоимости случая оказания медицинской помощи	-
5.7.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре	100% стоимости случая 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	100% стоимости случая оказания медицинской помощи	-
5.7.4.	стоимость услуги включена в норматив финансирования обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованное в системе ОМС	100% стоимости случая оказания медицинской помощи	-
5.7.5.	включения в реестр счетов следующих видов 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 рамках стандартов медицинской помощи);	100% стоимости медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, включенной в реестр необоснованно;	-
	пациенто - дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях)	100% стоимости пациенто/дней, включенных в реестр счетов необоснованно*	
	случаев оказания скорой медицинской помощи в период пребывания пациента в круглосуточном стационар (кроме дня поступления и выписки из стационара)	100% стоимости койко-дней, пересекшихся с датами вызова скорой медицинской помощи; * 100% стоимости скорой медицинской помощи за каждый случай	

		транспортировки пациента	
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	100% стоимости случая оказания медицинской помощи при совпадении сроков лечения; 100% стоимости койко-дней, включенных в реестр необоснованно при пересечении сроков лечения*	-

* - стоимость койко-дня (пациенто-дня) определяется как частное стоимости законченного случая лечения на количество койко-дней (пациенто-дней), поданное в реестр счетов на оплату специализированной медицинской помощи.