

Приложение № 2
к дополнительному соглашению
от 18.06.2021 № 6 к Тарифному соглашению
по обязательному медицинскому страхованию
на территории Пермского края на 2021 год,
заключенному на заседании Комиссии по
разработке территориальной программы
обязательного медицинского страхования
Пермского края 30.12.2020

«Приложение № 21
к Тарифному соглашению по обязательному
медицинскому страхованию на территории
Пермского края на 2021 год, заключенному
на заседании Комиссии по разработке
территориальной программы обязательного
медицинского страхования Пермского края
30.12.2020, протокол от 30.12.2020 № 13

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 <*> действует с 25.05.2021 по 30.06.2021.**

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской	Рекомендации по применению
------------------------------	---------------------------	--	---	-----------------------------------

		медицинской помощи (Н)<*>	помощи ненадлежащего качества (Сшт)<***>	
Раздел 1. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономического контроля				
1.1.	Нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения.	1	0	
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.	1	0	
1.3.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная)	1	0	

	госпитализация), кроме случаев госпитализации для оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной форме на койки терапевтического и хирургического профилей.			
1.4.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:			
1.4.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	1	0	
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 персонафицированного 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 недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (включая ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе);	1	0	
1.6.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в программу обязательного медицинского страхования, в том числе:			
1.6.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, 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	1	0	

	предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;			
1.6.4.	включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей 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	0	В том числе, по данным, полученным после оплаты счета средствами ОМС.
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	1	0	

	соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.			
1.8.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности, в том числе с нарушением лицензионных требований:			
1.8.1.	включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	1	0	
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	1	0	

	медицинской помощи.			
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

			<p>проведения диспансеризации, если они заявлены с «нулевой» стоимостью.</p> <p>2. Имеющих в составе нижеперечисленные медицинские услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> - гемодиализ (сеанс); - перитонеальный диализ; - телемедицинское консультирование; - УЗИ плода (экспертное). <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</p>
--	--	--	---

				<p>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-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.</p>
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	<p>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</p>

			<p>онкологического заболевания; к онкологу в специализированную МО с целью диагностики заболевания; на лечение пациентов с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания без химиотерапии; на лечение пациентов с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания с применением химиотерапии.</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</p>
--	--	--	---

				<p>онкологического заболевания – 2.1.3; - к онкологу в специализированную МО с целью диагностики заболевания – 2.1.4; на лечение пациентов с установленным диагнозом онкологического заболевания – 2.1.5; - на лечение пациентов с установленным диагнозом онкологического заболевания с применением химиотерапии – 2.1.6; 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>	0	0,3	<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: до 40 минут с момента ее вызова при расстоянии от 20 до 40 километров от отделения (подстанции) скорой медицинской помощи до</p>

				<p>места нахождения пациента; до 60 минут с момента ее вызова при расстоянии от 41 до 60 километров от отделения (подстанции) скорой медицинской помощи до места нахождения пациента; до 90 минут с момента ее вызова при расстоянии свыше 61 километра от отделения (подстанции) скорой медицинской помощи до места нахождения пациента. 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	3	<p>Возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания. Применяется также при контроле случаев оказания медицинской помощи онкологическим больным при необоснованном отказе в получении медицинской помощи из-за отсутствия лекарственных препаратов. В связи с контролем предоставления</p>
2.3.3.	приведший к летальному исходу.	1	3	

				<p>медицинской помощи пациентам с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания при загрузке СМО данных о результатах контроля случаев оказания медицинской помощи пациентам с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания, дополнительно указывается код дефекта с уточнением в последнем знаке:</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 и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения);	0	3	
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	0,3	0	Признаком повторности является: - совпадение кодов основных заболеваний по МКБ-10 по трем знакам; - если повторное заболевание является следствием прогрессирования основного

	календарных дней при оказании медицинской помощи в указанный период в амбулаторных условиях (за исключением случаев, при которых стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией).			заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания. Обязательна экспертиза первого, второго и всех последующих случаев оказания медицинской помощи, образующих пару. Санкции применяются к случаю, в котором допущены нарушения при оказании медицинской помощи, обусловившие повторное обоснованное обращение за медицинской помощью.
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	
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.	1	1	Сто процентов возврат медицинской организацией застрахованному лицу необоснованно затраченных средств.
2.10.	Приобретение пациентом или его представителем в период оказания	0,5	0,5	Сто процентов возврат медицинской организацией застрахованному лицу

	<p>медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, и/или использование медицинской организацией лекарственных препаратов, предоставленных пациентом или иной организацией, действующей в интересах пациента, из иных источников финансирования (за исключением оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях).</p>			<p>необоснованно затраченных средств.</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>	1	0	
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</p>	1	1	<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.</p>

	получения медицинской организацией соответствующего запроса от Федерального фонда обязательного медицинского страхования, или территориального фонда обязательного медицинского страхования, или страховой медицинской организации.			Медицинская документация обязана 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</p>

				<p>приказом МО в случае отсутствия формы, 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.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания; расхождение сведений об оказании медицинской помощи в различных разделах медицинской документации и (или) учетно-отчетной документации, запрошенной на проведение экспертизы).	0,5	0	<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

				<p>документации дополнительных данных, в том числе бланков результатов лабораторных, инструментальных обследований, консультаций, не соответствующих сведениям, содержащимся в другой учетно-отчетной медицинской документации (журналы, карты учета и др.);</p> <ul style="list-style-type: none"> - исправления (дат, текста, результатов анализов), внесение новых записей, поперх 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 таблице учета рабочего времени врача (в том числе, оказание медицинской помощи в	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</p>

	период отпуска, обучения, командировок, выходных дней).			специалистами оказана медицинская помощь.
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;	В случаях, когда по результатам МЭЭ или ЭКМП, устанавливается некорректное применение тарифа, требующего его замены, страховая медицинская организация /ТФОМС Пермского края осуществляет оплату медицинской помощи с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить.	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.	0,1	0	
2.18.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной либо базовой программой обязательного медицинского страхования.	-	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	0,4	0	

	заболевания;			
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</p>

			<p>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 - 3.2.1.8; - эзофагогастродуоденоскопии - 3.2.1.9; - иных медицинских услуг - 3.2.1.10. <p>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
--	--	--	---

				<p>реабилитационным мероприятиям, либо даны не в полном объеме – 3.2.1.11;</p> <ul style="list-style-type: none"> - отсутствие осмотра врача-педиатра - 3.2.1.12; - отсутствие осмотра врача-невролога - 3.2.1.13; - отсутствие осмотра врача-офтальмолога - 3.2.1.14; - отсутствие осмотра врача-детского хирурга - 3.2.1.15; - отсутствие осмотра врача-оториноларинголога - 3.2.1.16; - отсутствие осмотра врача-акушера-гинеколога - 3.2.1.17; - отсутствие осмотра врача-травматолога-ортопеда - 3.2.1.18; - отсутствие осмотра врача-психиатра детского - 3.2.1.19; - отсутствие осмотра врача-детского уролога-андролога - 3.2.1.20; - отсутствие осмотра врача-стоматолога детского - 3.2.1.21; - отсутствие осмотра врача-детского эндокринолога - 3.2.1.22; - отсутствие осмотра врача-психиатра подросткового - 3.2.1.23; - отсутствие клинического анализа крови - 3.2.1.24; - отсутствие клинического анализа мочи - 3.2.1.25; - отсутствие исследования уровня глюкозы в крови - 3.2.1.26; - отсутствие электрокардиографии - 3.2.1.27; - отсутствие флюорографии - 3.2.1.28; - отсутствие УЗИ органов брюшной полости, сердца, щитовидной железы, органов
--	--	--	--	--

			<p>репродуктивной сферы и тазобедренных суставов - 3.2.1.29;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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> <ul style="list-style-type: none"> - невыполнения, несвоевременного или ненадлежащего выполнения обязательных исследований (с частотой предоставления 1) и/или исследований, не входящих в перечень обязательных (с частотой предоставления <1), но необходимых конкретному пациенту для постановки полного, достоверного и своевременного диагноза в соответствии со стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения), выполненных в стационаре и/или догоспитальном этапе (с отражением в истории болезни метода исследования, места исследования, даты, результата); - неназначения, несвоевременного назначения, либо назначения препаратов в неадекватной для конкретного пациента суточной и/или курсовой дозе, несоблюдение критериев их назначения, влияющие на достижение критериев качества (в
--	--	--	---

				<p>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 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.	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	0,4	0	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

	<p>медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);</p>			<p>клиническими рекомендациями Ассоциации онкологов России; необоснованными объективными причинами нарушений доз-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 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 проведении 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;
--	--	--	--	--

				<ul style="list-style-type: none"> - 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 застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	1	3	<p>В связи с поручением заместителя председателя Правительства РФ О.Ю. Голодец от 01.10.2015 № ОГ-П-12-6720 о ежеквартальном предоставлении информации по случаям оказания медицинской помощи, закончившихся летальным исходом, обусловленным дефектами оказания МП на этапе диагностики, при сдаче СМО отчетности о результатах контроля по следующим случаям, СМО дополнительно указывают кода дефекта с уточнением в последнем знаке:</p> <p>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.</p>
3.2.5.	рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики,	0	0	

	диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении указанными центрами консультаций/консилиумов с применением консультаций с применением телемедицинских технологий, при необоснованном невыполнении данных рекомендаций;			
3.2.6.	по результатам проведенного диспансерного наблюдения.	0	0	
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий, приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания.	0	0	
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение оказания медицинской помощи при отсутствии клинического эффекта (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях).	0,5	0	Применяется в случае недостижения запланированного результата, определенного стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения).
3.5.	Нарушения при оказании медицинской	0,3	0	Обязательна экспертиза первого, второго и всех

	<p>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>			<p>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.	<p>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.</p>	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. Не применяется в случаях невозможности перевода пациентов (нетранспортабельность, тяжесть состояния, отказ пациента). Применяется также при контроле случаев оказания медицинской помощи онкологическим больным при: отсутствии перевода или несвоевременном переводе онкобольного в отделение другого профиля/медицинскую организацию более высокого уровня в</p>

				соответствии с показаниями; нарушении этапности лечения онкологического заболевания в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями; отсутствии назначения рекомендованных на более раннем этапе лечения диагностических и (или) лечебных мероприятий по данным выписного эпикриза в соответствии с показаниями
3.7.	Госпитализация застрахованного лица в плановой или неотложной форме с нарушением требований к профильности оказанной медицинской помощи (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации в неотложной и экстренной форме с последующим переводом в течение суток в профильные медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций).	0,6	0	Не применяется в случаях невозможности перевода пациента на другой профиль в виду отказа пациента, тяжести состояния, отказа принимающей МО с занесением в первичную медицинскую документацию соответствующей записи
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.	0,7	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	0	0	

	<p>один день при оказании медицинской помощи амбулаторно, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях, в связи с выпиской лекарственных препаратов группам населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей бесплатно и с 50-процентной скидкой, наблюдения беременных женщин, посещений, связанных с выдачей справок и иных медицинских документов.</p>			
3.10.	<p>Наличие расхождений клинического и патолого-анатомического диагнозов, обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований в связи с несоответствием оснащения медицинской организации (структурного подразделения медицинской организации).</p>	0,9	1	
3.11.	<p>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.</p>	0,1	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; одновременное назначение лекарственных препаратов со схожим фармакологическим действием; нерациональная лекарственная терапия, в том числе несоответствие дозировок, кратности и длительности приема лекарственных препаратов клиническим рекомендациям и стандартам медицинской помощи, связанные с риском для здоровья пациента.	0,3	0	Оценивается соответствие лекарственной терапии стандартам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения), инструкциям по применению лекарственных средств и устанавливается обоснованность назначения.

<*> 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:

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

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

<***> $C_{шт} = PP \times K_{шт}$,

где:

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

РП –

1. при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

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

2. при оказании скорой медицинской помощи:

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

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

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

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

**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 <*> действует с 01.07.2021**

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 неокказание, 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 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	0	0,3	

	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 информации в реквизитах счета;	1	0	
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	1	0	В том числе отклоняются от оплаты случаи медицинской помощи с датой её оказания позже даты смерти застрахованного лица (по данным,

	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 персонафицированного учета сведений о застрахованных лицах и (или) о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;			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 недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (включая ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе);	1	0	
1.6.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в программу обязательного медицинского страхования, в том числе:			

1.6.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, 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 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	1	0	В том числе, по данным, полученным после оплаты счета средствами ОМС.

	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 деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	1	0	
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	1	0	

	обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию;			
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	<p>Отклоняется услуга (посещение, исследование, вызов СМП), предъявленная на оплату за один период оказания медицинской помощи с датами лечения «внутри» дат случая в стационаре.</p> <p>Не применяется в случаях:</p> <p>3. 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.</p> <p>4. Имеющих в составе нижеперечисленные медицинские услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> - гемодиализ (сеанс); - перитонеальный диализ; - телемедицинское консультирование; - УЗИ плода (экспертное). <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

				<p>травматолога при оказании неотложной медицинской помощи пациентам с острой травмой.</p> <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-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.</p>
1.10.6.	включение в реестр счетов нескольких страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана	1	0	

	застрахованному лицу стационарно в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.			
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	<p>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; 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</p>

				<p>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 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.	Нарушение условий оказания скорой медицинской помощи, выразившееся в несоблюдении установленного программой обязательного медицинского страхования времени	1	3	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

	<p>доезда бригады скорой медицинской помощи, при летальном исходе до приезда бригады скорой помощи.</p>		<p>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> <ul style="list-style-type: none"> до 40 минут с момента ее вызова при расстоянии от 20 до 40 километров от отделения (подстанции) скорой медицинской помощи до места нахождения пациента; до 60 минут с момента ее вызова при расстоянии от 41 до 60 километров от отделения (подстанции) скорой медицинской помощи до места нахождения пациента; до 90 минут с момента ее вызова при расстоянии свыше 61 километра от отделения (подстанции) скорой медицинской помощи до места нахождения пациента. <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	Возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания.
2.3.3.	приведший к летальному исходу.	0	3	Применяется также при контроле случаев оказания медицинской помощи онкологическим больным при необоснованном отказе в получении медицинской помощи из-за отсутствия лекарственных препаратов. В связи с контролем предоставления медицинской помощи пациентам с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания при загрузке СМО данных о результатах контроля случаев оказания медицинской помощи пациентам с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания, дополнительно указывается код дефекта с уточнением в последнем знаке: - при необоснованном отказе в получении медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, в том числе из-за отсутствия лекарственных препаратов пациентам с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания – 2.3.2.1.
2.4.	Несвоевременное включение в группу	0	0,3	

	диспансерного наблюдения застрахованного лица, которому по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение.			
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 и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения);	0	2	
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 исключением случаев, при которых стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией).	1	0,3	Признаком повторности является: - совпадение кодов основных заболеваний по МКБ-10 по трем знакам; - если повторное заболевание является следствием прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания. Обязательна экспертиза первого, второго и всех последующих случаев оказания медицинской помощи, образующих пару. Санкции применяются к случаю, в котором допущены нарушения при оказании медицинской помощи, обусловившие повторное обоснованное обращение за медицинской помощью.
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	1	0,3	

	также консультаций в других медицинских организациях при экстренных и неотложных состояниях).			
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 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	0,5	0,5	Сто процентов возврат медицинской организацией застрахованному лицу необоснованно затраченных средств.

	помощи в амбулаторных условиях).			
2.11.	Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.	0	0,6	
2.12.	Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин в течение 5 рабочих дней после получения медицинской организацией соответствующего запроса от Федерального фонда обязательного медицинского страхования, или территориального фонда обязательного медицинского страхования, или страховой медицинской организации.	1	0	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 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	Применяется также в случае оформления согласия не в соответствии с требованиями действующих нормативных правовых актов РФ, за исключением случаев объективной невозможности получения таких согласий застрахованного лица, при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи. В амбулаторно-поликлинических условиях при

			<p>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, 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.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания; расхождение сведений об оказании медицинской помощи в различных разделах медицинской документации и (или) учетно-отчетной документации, запрошенной на проведение экспертизы).	0,5	0	<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 числе бланков результатов лабораторных, инструментальных обследований, консультаций, не соответствующих сведениям, содержащимся в другой учетно-отчетной медицинской документации (журналы, карты учета и др.); - исправления (дат, текста, результатов анализов), внесение новых записей, поверх сделанных ранее, при несовпадении с данными в другой учетно-отчетной медицинской документации (журналы, талоны пациентов и др.); - полное переоформление (истории болезни, амбулаторной карты, карты вызова СМП) – несовпадение текста медицинской документации, либо его части, с копией данного документа, сделанного ранее; - подтверждения застрахованного лица о непредставлении услуг, включенных в реестр
-------	--	-----	---	---

				<p>счета на оплату медицинской помощи.</p> <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 таблице учета рабочего времени врача (в том числе, оказание медицинской помощи в период отпуска, обучения, командировок, выходных дней).	1	0	Не применяется в отношении записей лечащих врачей и заведующих отделениями, сделанных в картах стационарных больных (больных дневных стационаров) в нерабочее время врачей в связи с динамическим наблюдением за пациентом, которому ранее в рабочее время такими специалистами оказана медицинская помощь.
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	0	0,3	

	комиссии в случаях назначения застрахованному лицу лекарственного препарата, не входящего в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.			
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 - 3.2.1.8; - эзофагогастродуоденоскопии - 3.2.1.9; - иных медицинских услуг - 3.2.1.10. <p>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;
--	--	--	--

				<ul style="list-style-type: none"> - отсутствие осмотра врача-педиатра - 3.2.1.12; - отсутствие осмотра врача-невролога - 3.2.1.13; - отсутствие осмотра врача-офтальмолога - 3.2.1.14; - отсутствие осмотра врача-детского хирурга - 3.2.1.15; - отсутствие осмотра врача-оториноларинголога - 3.2.1.16; - отсутствие осмотра врача-акушера-гинеколога - 3.2.1.17; - отсутствие осмотра врача-травматолога-ортопеда - 3.2.1.18; - отсутствие осмотра врача-психиатра детского - 3.2.1.19; - отсутствие осмотра врача-детского уролога-андролога - 3.2.1.20; - отсутствие осмотра врача-стоматолога детского - 3.2.1.21; - отсутствие осмотра врача-детского эндокринолога - 3.2.1.22; - отсутствие осмотра врача-психиатра подросткового - 3.2.1.23; - отсутствие клинического анализа крови - 3.2.1.24; - отсутствие клинического анализа мочи - 3.2.1.25; - отсутствие исследования уровня глюкозы в крови - 3.2.1.26; - отсутствие электрокардиографии - 3.2.1.27; - отсутствие флюорографии - 3.2.1.28; - отсутствие УЗИ органов брюшной полости, сердца, щитовидной железы, органов репродуктивной сферы и тазобедренных суставов - 3.2.1.29;
--	--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> - 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> <ul style="list-style-type: none"> - 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); - назначения, 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
--	--	--	--

				<p>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 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</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</p>

	Российской Федерации случаях);		<p>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 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 застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	1	3	В связи с поручением заместителя председателя Правительства РФ О.Ю. Голодец от 01.10.2015 № ОГ-П-12-6720 о ежеквартальном предоставлении информации по случаям оказания медицинской помощи, закончившихся летальным исходом, обусловленным дефектами оказания МП на этапе диагностики, при сдаче СМО отчетности о результатах контроля по следующим случаям, СМО дополнительно указывают кода дефекта с уточнением в последнем знаке: по случаям с непроведением или несвоевременным проведением исследований КТ – 3.2.4.1, 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	0,9	1	

	центрами консультаций/консилиумов с применением консультаций с применением телемедицинских технологий, при необоснованном невыполнении данных рекомендаций;			
3.2.6.	по результатам проведенного диспансерного наблюдения.	0,9	1	
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий, приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания.	0,5	0,6	
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение оказания медицинской помощи при отсутствии клинического эффекта (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях).	0,5	0,3	Применяется в случае недостижения запланированного результата, определенного стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения).
3.5.	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, преждевременная выписка из медицинской организации),	0,3	0	Обязательна экспертиза первого, второго и всех последующих случаев оказания медицинской помощи, образующих пару. Санкции

	<p>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>			<p>применяются к случаю, в котором допущены нарушения при оказании медицинской помощи, обусловившие повторное обоснованное обращение за медицинской помощью.</p>
3.6.	<p>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.</p>	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</p>

				в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями; отсутствии назначения рекомендованных на более раннем этапе лечения диагностических и (или) лечебных мероприятий по данным выписного эпикриза в соответствии с показаниями
3.7.	Госпитализация застрахованного лица в плановой или неотложной форме с нарушением требований к профильности оказанной медицинской помощи (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации в неотложной и экстренной форме с последующим переводом в течение суток в профильные медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций).	1	0,3	Не применяется в случаях невозможности перевода пациента на другой профиль в виду отказа пациента, тяжести состояния, отказа принимающей МО с занесением в первичную медицинскую документацию соответствующей записи
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	1	0,3	

	повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях, в связи с выпиской лекарственных препаратов группам населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей бесплатно и с 50-процентной скидкой, наблюдения беременных женщин, посещений, связанных с выдачей справок и иных медицинских документов.			
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	0	0,3	

	выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, базовой программы обязательного медицинского страхования; на выбор врача.			
3.13.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение лекарственных препаратов со схожим фармакологическим действием; нерациональная лекарственная терапия, в том числе несоответствие дозировок, кратности и длительности приема лекарственных препаратов клиническим рекомендациям и стандартам медицинской помощи, связанные с риском для здоровья пациента.	0,5	0,6	Оценивается соответствие лекарственной терапии стандартам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения), инструкциям по применению лекарственных средств и устанавливается обоснованность назначения.

<*> 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;

РП - 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.