Приложение № 37

к Тарифному соглашению

 в сфере обязательного медицинского страхования

Республики Карелия на 2024 год

**Перечень нарушений, выявленных по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и размеры финансовых санкций в системе обязательного медицинского страхования**

2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Код  | Основания для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) | Сумма, не подлежащая оплате (уменьшения оплаты, возмещения) | Размер штрафа |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| **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. |  | 30% от размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения КОСКУ, в зависимости от условий оказания медицинской помощи |
| 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, в случае, если установление диагноза и постановка на диспансерное наблюдение должно быть осуществлено в рамках одного случая оказания медицинской помощи.  |  | 100% от размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения КОСКУ, в зависимости от условий оказания медицинской помощи |
| 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. | 100% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 30% от размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения КОСКУ, в зависимости от условий оказания медицинской помощи |
| 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; | 100% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 1.4.2. | сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов; | 100% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 1.4.3. | наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению, в том числе отсутствие указаний о включении в группу диспансерного наблюдения лица, которому установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение, отсутствие сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи по данным персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и (или) о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам; | 100% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 1.4.4. | некорректное заполнение полей реестра счетов; | 100% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 1.4.5. | заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку); | 100% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 1.4.6. | дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты; | 100% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 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); | 100% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 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, не входящих в программу обязательного медицинского страхования; | 100% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 1.6.2. | предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного медицинской организации в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании; | 100% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 1.6.3. | предъявление к оплате медицинской помощи сверх размера финансового обеспечения распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного медицинской организации в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании; | 100% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 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 пенсионного и 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; | 100% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 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, неустановленным в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании; | 100% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 1.7.2. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим установленным в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании. | 100% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 1.8. | Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных 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; | 100% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 1.8.2. | предоставление реестров счетов в случае прекращения действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности по случаям оказания медицинской помощи, завершившимся после прекращения действия лицензии медицинской организации; | 100% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 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). | 100% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 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. | 100% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания 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); | 100% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 1.10.2. | дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре; | 100% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 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; | 100% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 1.10.4. | стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию. | 100% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 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); | 100% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 1.10.6. | включение в реестр счетов нескольких страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана застрахованному лицу стационарно в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения. | 100% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| **Раздел 2. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономической экспертизы** |
| 2.1. | Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования; |  | 30% от размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения КОСКУ, в зависимости от условий оказания медицинской помощи |
| 2.2. | 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. | 100% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 300% от размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения КОСКУ, в зависимости от условий оказания медицинской помощи |
| 2.7. | Представление в реестрах счетов повторных случаев госпитализации застрахованного лица по одному и тому же заболеванию с длительностью три дня и менее (за исключением случаев, связанных с патологией беременности и родами) 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). | 100% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 30% от размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения КОСКУ, в зависимости от условий оказания медицинской помощи |
| 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). | 100% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 30% от размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения КОСКУ, в зависимости от условий оказания медицинской помощи |
| 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. |  | 100% от размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения КОСКУ, в зависимости от условий оказания медицинской помощи |
| 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. | 50% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 50% от размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения КОСКУ, в зависимости от условий оказания медицинской помощи |
| 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. |  | 60% от размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения КОСКУ, в зависимости от условий оказания медицинской помощи |
| 2.12. | Непредставление медицинской документации, учетно – отчетной документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации, а также результатов внутреннего и внешнего контроля медицинской организации, безопасности оказания медицинской помощи без объективных причин в течение 10 рабочих дней после получения медицинской организацией соответствующего запроса от Федерального фонда или территориального фонда или страховой медицинской организации, или специалиста – эксперта, эксперта качества медицинской помощи, действующего по их поручению. | 100% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 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\*\*\*. | 10% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 2.14. | Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятий, клинической картине заболевания; расхождение сведений об оказании медицинской помощи в различных разделах медицинской документации и/или учетно-отчетной документации, запрошенной на проведение экспертизы). | 50% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 2.15. | Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует табелю учета рабочего времени врача (в том числе, оказание медицинской помощи в период отпуска, обучения, командировок, выходных дней). | 100% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 2.16. | Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе: |
| 2.16.1.  | оплаченный случай оказания медицинской помощи не соответствует тарифу, установленному законодательством об обязательном медицинском страховании; | размер неоплаты или неполной оплаты затрат МО на оказание медицинской помощи рассчитывается по формуле\*\*\*\* | 30% от размера предъявленной к оплате стоимости оказанной медицинской помощи |
| 2.16.2. | включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу; | 100% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 100% от размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения КОСКУ, в зависимости от условий оказания медицинской помощи |
| 2.16.3  | некорректное (неполное) отражение в реестре счета сведений медицинской документации. | 100% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 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. |  | 30% от размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения КОСКУ, в зависимости от условий оказания медицинской помощи |
| 2.18. | Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной либо базовой программой обязательного медицинского страхования. |  | 30% от размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения КОСКУ, в зависимости от условий оказания медицинской помощи |
| **Раздел 3 Нарушения, выявляемые при проведении экспертизы качества медицинской помощи** |
| 3.1. | Установление неверного диагноза, связанное с невыполнением, несвоевременным или ненадлежащим выполнением 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 и по результатам проведенного диспансерного наблюдения, с учетом рекомендаций по применению методов профилактики , диагностики , лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:  |
| 3.1.1. | не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица; | 10% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 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; | 30% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 3.1.3. | приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания; | 40% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 30% от размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения КОСКУ, в зависимости от условий оказания медицинской помощи |
| 3.1.4. | приведшее к инвалидизации; | 90% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 100% от размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения КОСКУ, в зависимости от условий оказания медицинской помощи |
| 3.1.5. | приведшее к летальному исходу (в том числе при наличии расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов); | 100% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 300% от размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения КОСКУ, в зависимости от условий оказания медицинской помощи |
| 3.2. | Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, 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; | 10% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 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 медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях); | 40% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 30% от размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения КОСКУ, в зависимости от условий оказания медицинской помощи |
| 3.2.3. | приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях); | 90% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 100% от размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения КОСКУ, в зависимости от условий оказания медицинской помощи |
| 3.2.4. | приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях); | 100% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 300% от размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения КОСКУ, в зависимости от условий оказания медицинской помощи |
| 3.2.5. | рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении указанными центрами консультаций/консилиумов с применением консультаций с применением телемедицинских технологий, при необоснованном невыполнении данных рекомендаций; | 90% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 100% от размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения КОСКУ, в зависимости от условий оказания медицинской помощи |
| 3.2.6. | по результатам проведенного диспансерного наблюдения | 90% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 100% от размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения КОСКУ, в зависимости от условий оказания медицинской помощи |
| 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. | 50% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 60% от размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения КОСКУ, в зависимости от условий оказания медицинской помощи |
| 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). | 50% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 30% от размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения КОСКУ, в зависимости от условий оказания медицинской помощи |
| 3.5. | Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, преждевременная выписка из медицинской организации), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение четырнадцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, тридцати дней стационарно (повторная госпитализация). | 30% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 3.6. | Нарушение по вине медицинской организации преемственности в оказании медицинской помощи (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков оказания медицинской помощи и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица. | 80% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 100% от размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения КОСКУ, в зависимости от условий оказания медицинской помощи |
| 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). | 100% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 30% от размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения КОСКУ, в зависимости от условий оказания медицинской помощи |
| 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. | 100% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 30% от размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения КОСКУ, в зависимости от условий оказания медицинской помощи |
| 3.9. | Необоснованное повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании медицинской помощи амбулаторно, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях, в связи с выпиской лекарственных препаратов группам населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей бесплатно и с 50-процентной скидкой, наблюдения беременных женщин, посещений, связанных с выдачей справок и иных медицинских документов. | 100% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 30% от размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения КОСКУ, в зависимости от условий оказания медицинской помощи |
| 3.10. | Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории, обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований за исключением оказания медицинской помощи в экстренной форме). | 90% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 50% от размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения КОСКУ, в зависимости от условий оказания медицинской помощи |
| 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. | 50% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 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. |  | 30% от размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения КОСКУ, в зависимости от условий оказания медицинской помощи |
| 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 с учетом стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций, связанные с риском для здоровья пациента. | 50% от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 60% от размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения КОСКУ, в зависимости от условий оказания медицинской помощи |  |
| 3.14. | Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, в том числе: |
| 3.14.1 | с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья; |  | 100% от размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения КОСКУ, в зависимости от условий оказания медицинской помощи |
| 3.14.2 | с последующим ухудшением состояния здоровья; |  | 200% от размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения КОСКУ, в зависимости от условий оказания медицинской помощи |
| 3.14.3 | приведший к летальному исходу. |  | 300% от размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения КОСКУ, в зависимости от условий оказания медицинской помощи |
| 3.15. | Непроведение диспансерного наблюдения застрахованного лица (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в указанный порядок исследований, в том числе: |
| 3.15.1 | с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья; |  | 100% от размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения КОСКУ, в зависимости от условий оказания медицинской помощи |
| 3.15.2 | 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); |  | 200% от размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения КОСКУ, в зависимости от условий оказания медицинской помощи |
| 3.15.3 | приведший к летальному исходу, 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); |  | 300% от размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения КОСКУ, в зависимости от условий оказания медицинской помощи |

\* Распоряжение Правительства Российской Федерации от 12 октября 2019 г. N 2406-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, N 42, ст. 5979; 2020, N 48, ст. 7813).

\*\* Распоряжение Правительства Российской Федерации 31 декабря 2018 г. N 3053-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, N 2, ст. 196; N 41, ст. 5780).

\*\*\* В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2020, N 29, ст. 4516).

\*\*\*\* В случаях применения кода нарушения/дефекта 2.16.1, размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

Н = (РТ1 - РТ2) + РТ2 x Кно,

где:

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

РТ1 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный на оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

РТ2 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, который следует применить за фактически предоставленную застрахованному лицу медицинскую помощь (в соответствии с данными медицинской и иной документации застрахованного лица, представленной на экспертизу);

Кно - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с Приложением N 5 к Правилам обязательного медицинского страхования.