

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ №3
к Тарифному соглашению
в системе обязательного медицинского страхования
Тамбовской области на 2021 год от 20.01.2021

«27» июля 2021 г.

г.Тамбов

Управление здравоохранения Тамбовской области в лице начальника управления М.В. Лапочкиной, действующего на основании Положения, территориальный фонд обязательного медицинского страхования Тамбовской области в лице директора И.В.Комарова, действующего на основании Положения, АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» в лице директора Тамбовского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Е.Н.Семеновой, действующего на основании Положения о филиале и доверенности, Тамбовская областная организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя С.И.Федотовой, действующего на основании Устава, и Региональная общественная организация «Ассоциация врачей Тамбовской области» в лице председателя Совета В.В.Милованова, действующего на основании Устава, заключили настоящее дополнительное соглашение к Генеральному тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования Тамбовской области на 2021 год от 20.01.2021 о нижеследующем:

1. Внести с 1 июля 2021 следующие изменения в Соглашение:

- во втором абзаце пункта 1.4. слова: « в субъекте Российской Федерации по месту оказания медицинской помощи» заменить словами: «на территории Тамбовской области»;

- пункт 1.5. после шестнадцатого абзаца дополнить абзацем следующего содержания:

«Углубленная диспансеризация - комплекс мероприятий, который проводится дополнительно к профилактическому медицинскому осмотру или диспансеризации лицам, перенесшим новую коронавирусную инфекцию, в целях раннего выявления осложнений у граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию.»;

- пункт 2.2.1 пункта 2.2. после десятого абзаца дополнить абзацем следующего содержания:

«• на оплату углубленной диспансеризации для граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19) 1 и 2 этапа;»;

- пункт 2.2.3 пункта 2.2. дополнить абзацами следующего содержания:

«Первый этап углубленной диспансеризации проводится для граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19) с целью выявления признаков развития хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, а также определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза заболевания (состояния) на втором этапе. Оплата 1 этапа

углубленной диспансеризации осуществляется за комплексное посещение, которое включает в себя исследования и медицинские вмешательства: измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое, проведение спирометрии или спирографии, общий (клинический) анализ крови развернутый, биохимический анализ крови (включая исследования уровня холестерина, уровня липопротеидов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследования уровня креатинина в крови). За единицу объема в рамках проведения 1 этапа углубленной диспансеризации оплачиваются следующие исследования: тест с 6-минутной ходьбой и определение концентрации Д-димера в крови. В случае, если отдельные исследования и медицинские вмешательства, учитываемые в стоимости комплексного посещения углубленной диспансеризации, не были выполнены, случай оплате не подлежит.

За единицу объема медицинской помощи в рамках проведения 2 этапа углубленной диспансеризации оплачивается проведение эхокардиографии, проведение компьютерной томографии легких и дуплексного сканирования вен нижних конечностей.»;

- в пункте 2.2.13 пункта 2.2:

после восьмого абзаца дополнить абзацем следующего содержания:

«2.3. комплексные посещения при проведении 1 этапа углубленной диспансеризации для застрахованных лиц, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19; а также объемы отдельных исследований и медицинских вмешательств в рамках проведения 1 и 2 этапов углубленной диспансеризации;»;

- подпункт 2.3.8.2 пункта 2.3.8. после шестого абзаца дополнить абзацем следующего содержания:

«При длительности лечения 3 дня и менее в стационаре ОГБУЗ «Тамбовская инфекционная клиническая больница» (с учетом маршрутизации пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19) – 20% от стоимости КСГ при оплате госпитализаций по КСГ st12.015- st12.018.»;

- первый абзац подпункта 2.5.6 пункта 2.5 изложить в следующей редакции:

«2.5.6. При проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе углубленной диспансеризации для застрахованных лиц, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19), оплата исследований кала на скрытую кровь иммунохимическим методом, маммографических исследований, в том числе на базе передвижных мобильных комплексов, компьютерная томография легких, спирометрия или спирография, определение концентрации Д-димера в крови, дуплексное сканирование вен нижних конечностей, проведение эхокардиографии осуществляется страховой медицинской организацией в рамках межучрежденческих расчетов.»;

- пункт 2.6.3. после восемнадцатого абзаца дополнить абзацами следующего содержания:

«- за комплексный случай проведения первого этапа углубленной диспансеризации для застрахованных лиц, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19), а также за единицу объема оказания медицинской помощи (исследование, медицинское вмешательство) проводимых дополнительно в рамках проведения первого этапа углубленной диспансеризации;

- за единицу оказания медицинской помощи (за отдельные исследования) в рамках проведения второго этапа углубленной диспансеризации для застрахованных лиц, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19);»;

- в пункте 3.5.1. цифры «4 714,6» и «2 684,2» заменить цифрами «4 714,7» и «2 684,3» соответственно;

- пункт 3.5.8. дополнить абзацем следующего содержания:

«Тарифы на проведение первого этапа и второго этапа углубленной диспансеризации для застрахованных лиц, перенесших COVID-19 (тарифы на комплексное посещение при проведении первого этапа и тарифы на отдельные исследования и медицинские вмешательства в рамках проведения 1 и 2 этапов углубленной диспансеризации), приложение №52.»;

раздел 4 Соглашения изложить в новой редакции согласно приложению №1 к настоящему Дополнительному соглашению;

- в приложении №14 «Перечень клинико-статистических групп (КСГ) заболеваний и коэффициенты относительной затроемкости КСГ для случаев оказания специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара» строки:

«st12.017	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3)	7,40
st12.018	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4)	12,07

заменить строками следующего содержания:

«st12.017.1	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3) схема без моноклональных антител	5,66
st12.017.2	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3) схема с моноклональными антителами	8,29
st12.018.1	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4) схема без моноклональных антител	8,34
st12.018.2	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4) схема с моноклональными антителами	12,15»;

- в приложении №43 «Перечень групп заболеваний в круглосуточном стационаре с указанием коэффициентов относительной затроемкости по КСГ, коэффициентов специфики оказания медицинской помощи и условия применения коэффициентов уровня (подуровня) медицинской организации» строки:

«st12.017	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3)	7,40	0,80	Кподур=1
st12.018	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4)	12,07	0,80	Кподур=1»

заменить строками следующего содержания:

st12.017.1	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3) схема без моноклональных антител	5,66	0,80	Клодур=1
st12.017.2	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3) схема с моноклональными антителами	8,29	0,80	Клодур=1
st12.018.1	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4) схема без моноклональных антител	8,34	0,80	Клодур=1
st12.018.2	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4) схема с моноклональными антителами	12,15	0,80	Клодур=1»;

- приложение №51 «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и применяемые финансовые санкции (штрафы) за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества» изложить в новой редакции согласно приложению №2 к настоящему Дополнительному соглашению;

- дополнить Соглашение приложением №52 «Тарифы на проведение углубленного первого этапа и второго этапа диспансеризации для групп лиц, перенесших COVID-19 (медицинские обследования)» согласно приложению №3 к настоящему Дополнительному соглашению;

2. Настоящее Дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Соглашения.

Начальник управления здравоохранения
Тамбовской области



М.В.Лапочкина

Директор территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Тамбовской области



И.В.Комаров

Директор Тамбовского филиала
АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»



Е.Н.Семенова

Председатель Тамбовской
организации профсоюза
здравоохранения Российской Федерации



С.И. Федотова

Председатель Совета Региональной
общественной организации
«Ассоциация врачей Тамбовской области»



В.В.Милованов

**«4. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ
ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ
УПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ШТРАФОВ
ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ
ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА**

4.1. Правила и процедура проведения страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом обязательного медицинского страхования контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, а также ее финансового обеспечения (далее – Контроль) в объеме и на условиях, которые установлены территориальными программами обязательного медицинского страхования, базовой программой обязательного медицинского страхования, договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в том числе формы проведения такого контроля, его продолжительность и периодичность определяются Порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденным уполномоченным федеральным органом (далее – Порядок).

4.2. В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования территориальный фонд проводит Контроль по случаям оказания медицинскими организациями области медицинской помощи лицам, застрахованным по ОМС на территории других субъектов РФ.

4.3. В рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования территориальный фонд проводит медико - экономический контроль по реестрам счетов и счетам на оплату медицинской помощи, представленным медицинскими организациями области (далее – МЭК), страховая медицинская организация проводит последующие уровни Контроля – медико – экономическую экспертизу и экспертизу качества медицинской помощи.

4.4. При выявлении по результатам Контроля нарушений медицинской организацией обязательств, установленных договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – Договор), территориальный фонд и страховая медицинская организация в порядке статьи 41 Федерального закона №326-ФЗ применяют к медицинским организациям финансовые санкции в соответствии с приложением №51 к Соглашению.

4.5. При проведении Контроля территориальный фонд имеет право частично или полностью отказать в оплате счета медицинской организации в случае пересечения сроков лечения (как внутри медицинской организации, так и между различными учреждениями), в том числе в следующих случаях:

- одномоментное нахождение пациента в разных (в одном) подразделениях стационара, а также в стационарах разных медицинских организаций за исключением случаев лечения пациента в дневном стационаре по КСГ ds18.002 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ» и (или) случаев проведения услуг диализа в амбулаторных условиях;

- одномоментное оказание амбулаторно-поликлинической помощи по законченному случаю одному застрахованному лицу несколькими врачами по одному тарифному профилю (справочник TERR001) и одному диагнозу, кроме случаев экстренного направления на госпитализацию;

- одномоментное (в один день) оказание амбулаторно-поликлинической помощи одному застрахованному лицу несколькими врачами по одному тарифному профилю (справочник TERR001), за исключением стоматологической, гинекологической, онкологической помощи и посещений врача офтальмолога с проведением комплекса диагностики до операции и врача офтальмолога с проведением операции;

- одномоментный (в один день) осмотр пациента одним и тем же врачом по одному и тому же тарифному профилю (справочник TERR001) с разными диагнозами за исключением стоматологической помощи;

- одномоментный (в один день) осмотр пациента одним и тем же врачом по одному и тому же тарифному профилю (справочник TERR001) с применением разных тарифов (посещение в поликлинике, посещение на дому, профосмотр);

- оказание амбулаторно-поликлинической помощи в период пребывания застрахованного лица в условиях дневного стационара (кроме дня поступления, дня выписки, а также консультаций в медицинских организациях областного уровня и в межрайонных центрах);

- оказание амбулаторно-поликлинической помощи или медицинской помощи в стационаре одного дня пациенту, находящемуся в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления, дня выписки, а также консультаций в медицинских организациях областного уровня и в межрайонных центрах). При этом отклоняются амбулаторные посещения, случаи помощи в стационаре одного дня, а случай лечения в круглосуточном стационаре подлежит оплате;

- проведение компьютерной томографии легких пациентам в день госпитализации пациента в стационар и в день выписки из стационара (для пациентов с диагнозом «Коронавирусная инфекция COVID-19» (U07.1))».

Вне зависимости от способа оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (обращение, посещение с профилактической целью, посещение в связи с оказанием неотложной медицинской помощи), а также проведения сеансов диализа при контроле на возможное пересечение

учитываются даты отдельных посещений, а не даты начала и окончания случая лечения.

При контроле на возможное пересечение двух и/или более обращений по одному тарифному профилю (справочник TERR001) учитываются даты отдельных посещений, а не период с даты начала по окончание случая лечения.

При наличии двух и/или более обращений по разным тарифным профилям (справочник TERR001) контроль на возможное пересечение не проводится.

Случаи пересечения сроков лечения между различными медицинскими организациями подлежат медико-экономической экспертизе по поручению территориального фонда.

При проведении медико-экономического контроля используются справочники соответствия, ведение которых осуществляет территориальный фонд ОМС в составе нормативно-справочной информации в соответствии с Порядком информационного взаимодействия.

При пересечении сроков оказания медицинской помощи в одной или нескольких медицинских организациях на медико-экономическом контроле отклоняются амбулаторные посещения, отдельные медицинские услуги, вызовы скорой помощи или пребывание в дневном стационаре в период лечения в круглосуточном стационаре, при этом случай лечения в круглосуточном стационаре подлежит медико-экономической экспертизе или экспертизе качества медицинской помощи по поручению территориального фонда.

В ходе медико-экономического контроля проверяется:

- однократность включения оказанных услуг в случай лечения, за исключением стоматологической помощи и медицинских услуг в составе случаев лечения в стационарах всех типов.

- однократность первичного посещения с проведением комплексного обследования одним и тем же застрахованным гражданином центров здоровья в отчетном году; все последующие посещения считаются повторными и оплачиваются по соответствующему тарифу;

- наличие повторного представления на оплату случаев диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации; детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью; определенных групп взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше), в том числе работающих и неработающих граждан, обучающихся в образовательных организациях по очной форме, случаев углубленной диспансеризации застрахованных лиц, переболевших COVID-19, а также профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних и взрослого населения.

- одновременное представление к оплате отдельных посещений специалистов, включенных в случай диспансеризации;

- возможность оплаты оказанной медицинской помощи в зависимости от установленного диагноза.

При повторном представлении на оплату случаев профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации (в том числе углубленной диспансеризации застрахованных лиц, переболевших COVID-19), в счетах одной медицинской организации оплате подлежит первый из представленных на оплату случаев проведения профилактического медицинского осмотра или диспансеризации.

Случаи проведения диспансеризации (в том числе углубленной диспансеризации застрахованных лиц, переболевших COVID-19) и профилактических осмотров, включающие осмотры специалистов по специальностям, отсутствующим в лицензии медицинской организации, не дефектуются при проведении МЭК.

При этом, на этапе медико-экономической экспертизы проводится оценка наличия договоров и соответствие проведенных осмотров лицензии медицинской организации, предоставившей медицинские услуги.

Обоснованность одновременного представления на оплату в реестре медицинских услуг отдельных посещений специалистов, включенных в случай диспансеризации (в том числе углубленной) и половозрастные сроки проведения диспансеризации оценивается в ходе проведения медико-экономической экспертизы по поручению территориального фонда.

4.6. При проведении МЭК реестров счетов за амбулаторно-поликлиническую помощь, к оплате принимаются случаи оказания медицинской помощи в пределах установленных объемов на год для данной медицинской организации с учетом поквартальной разбивки по следующим категориям:

I. посещений с профилактической и с иными целями:

1. посещения с профилактическими целями всего, а также по отдельным видам профилактических медицинских мероприятий (комплексных посещений):

а) профилактический медицинский осмотр, в том числе при первом посещении по поводу диспансерного наблюдения (включая осмотр, проведенный мобильной медицинской бригадой);

б) диспансеризация определенных групп взрослого населения (первый этап), включая случаи диспансеризации, проведенные мобильной медицинской бригадой;

в) диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации и диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;

г) профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них.

2. посещения с иными целями.

II. посещений в связи с оказанием неотложной медицинской помощи;

III. обращений по поводу заболевания.

Оценка выполнения установленных объемов по обращениям и по посещениям с профилактической целью (включая диспансеризацию и медицинские осмотры в соответствии с Порядками) осуществляется в пределах установленных объемов на год с учетом поквартальной разбивки при этом отклонение от оплаты случаев оказания медицинской помощи производится только при превышении годовых объемов.

Контроль и оплата объемов стоматологической помощи проводится по количеству УЕТ в пределах установленных объемов на год с учетом поквартальной разбивки с одновременным контролем объемов посещений и обращений.

Результаты контроля по случаям превышения объемов медицинской помощи, оплачиваемой по подушевому принципу, не уменьшают объем подушевого финансирования медицинской организации за отчетный месяц.

Оценка выполнения установленных объемов по оказанию неотложной медицинской помощи осуществляется в пределах установленных объемов на год с учетом поквартальной разбивки, при этом отклонение от оплаты случаев оказания медицинской помощи производится только при превышении годовых объемов по неотложной помощи.

В случае превышения плановых объемов по амбулаторно-поликлинической помощи вопрос об их оплате рассматривается Комиссией по разработке территориальной программы ОМС с проведением коррекции плановых объемов медицинской помощи (в пределах объемов, установленных территориальной программой ОМС) на основании анализа выполнения объемов и с учетом обращений медицинских организаций.

4.7. При проведении МЭК реестров счетов за медицинскую помощь, оказанную в условиях круглосуточного и дневных стационаров к оплате принимаются случаи оказания медицинской помощи в пределах установленных объемов на год с учетом поквартальной разбивки (поквартально, нарастающим итогом с начала года).

4.7.1. Оценка выполнения объемов по круглосуточному стационару производится отдельно:

а) по случаям КСГ, при этом оплате подлежат все случаи оказания медицинской помощи по КСГ st02.003 «Родоразрешение», st02.004 «Кесарево сечение», а оценка выполнения объемов в целом по КСГ осуществляется нарастающим итогом с начала года в пределах установленных для данной медицинской организации годовых объемов;

б) по группам ВМП.

4.7.2. Оценка выполнения объемов по дневным стационарам производится с контролем объемов по случаям КСГ отдельно:

- по стационару дневного пребывания;
- по дневному стационару;
- по стационару на дому.

4.8. В случае невыполнения установленных объемов по итогам квартала, невыполненные объемы переходят на последующий период, при этом в последующем плановые объемы учитываются нарастающим итогом.

4.9. Поквартальная разбивка объемов медицинской помощи на 2021 год определяется решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в разрезе клинко-статистических групп стационаров (количество случаев), дневных стационаров (количество случаев), профилей специалистов, ведущих амбулаторный прием (количество обращений, посещений, УЕТ) и количества медицинских услуг.

Перераспределение объемов медицинской помощи осуществляется на основании решения Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Медицинская организация имеет право корректировать установленный объем обращений/посещений между профилями врачей, ведущих амбулаторный прием, а также установленные объемы стационарной медицинской помощи, медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, между клинко-статистическими группами (за исключением КСГ st02.003, st02.004, КСГ 8 и 19 разделов) с учетом профиля оказания медицинской помощи.

Перераспределение объемов высокотехнологичной медицинской помощи внутри медицинской организации по группам ВМП осуществляется на основании решения Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

4.10. Превышение установленных объемов медицинской помощи оплате не подлежит.

4.11. Целевые экспертизы не проводятся в отношении случаев специализированной медицинской помощи до оказания высокотехнологичной медицинской помощи и (или) являющихся продолжением лечения после оказания в одной или разных медицинских организациях по одному профилю оказания медицинской помощи.

4.12. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи и применяемые финансовые санкции устанавливаются приложением №51 к Соглашению.»

Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшение оплаты медицинской помощи)

код медицинской помощи /диагноза	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера тарифа или иной оплаты затрат медицинской помощи организации на оказание медицинской помощи	Значение коэффициента для определения размера тарифа за оказание, несовершенное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества
1	2	3	4
	Раздел 1. Нарушения, выявленные при проведении медико-экономического контроля		
1.1	Нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроки оказания медицинской помощи, несовершенное оказание в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи внутренне установленны диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения.		Подпункт норматива финансирования медицинской помощи (РП) с коэффициентом 0,3 (K _{0,3})*
1.2	Переводение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи внутренне установленны диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения.		Подпункт норматива финансирования медицинской помощи (РП) с коэффициентом 1 (K ₁)*
1.3	Осуществление амбулаторного наблюдения лиц, медицинская помощь которым должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации для оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной форме на койке терапевтического и хирургического профилей.	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1	Подпункт норматива финансирования медицинской помощи (РП) с коэффициентом 0,3 (K _{0,3})*
1.4	Нарушения, связанные с оформлением и порядком оказания медицинской помощи, в том числе:		
1.4.1	наличие ошибок в/или некорректной информации в документах счета;	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1	
1.4.2	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по счету;	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1	
1.4.3	наличие неоплаченных либо некорректно оформленных в полном объеме, в том числе отсутствием сведений о включении в группу диспансерного наблюдения лиц, которому установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение, отсутствием сведений о стационарном случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти амбулаторного лица в период оказания ему медицинской помощи, по данным персонализированного учета сведений о амбулаторных лицах и (или) о амбулаторной помощи, оказанной амбулаторным лицам;	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1	
1.4.4	некорректное включение людей в/или исключения из группы диспансерного наблюдения;	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1	

1	2	3	4
1.4.5	заключены (сумма по плану) реестра счетов не включены (подлежит драфтметическому лечению);	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентами 1	
1.4.5	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентами 1	
1.5.	Внесены в реестр счета медицинских персональных данных застрахованного лица, приводящие к невозможности его полной идентификации (включая ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адреса);	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентами 1	
1.6.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи;		
1.6.1.	исключение в реестр счетов видов медицинской помощи, а также заблаговремен и системный, не входящих в программу обязательного медицинского страхования);	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентами 1	
1.6.2	предельные в плане медицинской помощи сверх установленного объема предоставляемые медицинской помощи, установленного решением комиссии по развитию территориальной программы обязательного медицинского страхования;	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентами 1	
1.6.3	предоставлены в оплату медицинской помощи сверх размера финансового обеспечения регионального бюджета предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по развитию территориальной программы обязательного медицинского страхования;	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентами 1	
1.6.4	финансирование, в том числе тематические случаи на территории, осуществляемые Фондом социального страхования РФ, медицинских услуг, оказываемых частными медицинскими организациями в рамках платного проекта по включению частных медицинских организаций в оказание медицинской помощи лицам в возрасте 65 лет и старше, включаемых гражданами Российской Федерации, в том числе проживающими в сельской местности;	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентами 1	
1.7.	Нарушения, указанные в несоблюдении применения 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 тарифной соглашении;	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентами 1	
1.7.2	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифной соглашении;	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентами 1	
1.8.	Нарушения, указанные с включением в реестр счетов недостоверными видами 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);	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентами 1	
1.8.2	предоставление реестров счетов в случае прекращения действия лицензией медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентами 1	
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 фактически адресам предоставления медицинской организацией лицензированной и/или деятельности (на основании информации лицензирующих органов);	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентами 1	
1.8.	Включение в реестр счетов страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинскими работниками, не имеющими сертификата или свидетельства об аккредитации (связанные по профилю оказания медицинской помощи);	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентами 1	

1	2	3	4
1.10.	Нарушения, связанные с порядком включения в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе:		
1.10.1.	позиции реестра счетов отпущены ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи с коэффициентом 1	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи с коэффициентом 1
1.10.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;		
1.10.3.	стоимость отдельных медицинских услуг, включенной в счет, учета в тарифе на оплату медицинской помощи другой организацией, также предоставленной и оплаченной организацией;	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи с коэффициентом 1	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи с коэффициентом 1
1.10.4.	стоимость медицинских услуг включена в перечень финансового обеспечения оказания медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на первичном этапе, астрахованию (и обязательному медицинскому страхованию);	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи с коэффициентом 1	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи с коэффициентом 1
1.10.5.	включение в реестр счетов медицинских помощи, оказанной амбулаторно, в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара (кроме для поступления и для выписки из стационара, а также оказания медицинской помощи (консультации) и другим медицинским организациям в стационаре и стационарной форме);		
1.10.6.	включение в реестр счетов нескольких страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана застрахованному лицу одновременно в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения;		
Раздел 2. Нарушения, выявленные при проведении medico-экономической экспертизы			
2.1.	Нарушение сроков оказания медицинской помощи, установленная территориальной программой обязательного медицинского страхования;		Подуровней норматив финансирования медицинской помощи (РН) с коэффициентом 0,3 (N _{0,3})*
2.2.	Нарушение условий оказания скорой медицинской помощи, выражающиеся в несоблюдении установленного программного обязательного медицинского страхования: проездом дозда бригады скорой медицинской помощи, при летальном исходе до бригады скорой помощи;	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи с коэффициентом 1	Подуровней норматив финансирования медицинской помощи (РН) с коэффициентом 2 (N ₂)*
2.3.	Необоснованный отказ застрахованного лица в оказании медицинской помощи, в соответствии с программой обязательного медицинского страхования, в том числе:		
2.3.1.	с отсутствием последнего уведомления состояния здоровья;		Подуровней норматив финансирования медицинской помощи (РН) с коэффициентом 1 (N ₁)*
2.3.1.1.	с последующим уведомлением состояния здоровья;		Подуровней норматив финансирования медицинской помощи (РН) с коэффициентом 2 (N ₂)*
2.3.1.2.	применений и летальному исходу;		Подуровней норматив финансирования медицинской помощи (РН) с коэффициентом 3 (N ₃)*
2.4.	Незавременное включение в группу диспансерного наблюдения застрахованного лица, вступившего в результате оказания профессиональных мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установленной датой, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение;		Подуровней норматив финансирования медицинской помощи (РН) с коэффициентом 0,3 (N _{0,3})*
2.5.	Неприведение диспансерного наблюдения застрахованного лица (за исключением случаев отказа застрахованного лица от его проведения), включенного в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в нем исследований, в том числе:		Подуровней норматив финансирования медицинской помощи (РН) с коэффициентом 1 (N ₁)*
2.5.1.	с отсутствием последнего уведомления состояния здоровья;		Подуровней норматив финансирования медицинской помощи (РН) с коэффициентом 1 (N ₁)*

1	2	3	4
2.5.2	с организацией улучшения состояния здоровья (за исключением случаев оказания аспиринного лечения, профилактического лечения в/или стрижки, предоставления о возможности проведения диспансерного наблюдения, от его предоставления).	Подпиской норматив финансово-экономическая медицинская помощь (РН) с коэффициентом 2 (K _{ФЭ}) [*]	Подпиской норматив финансово-экономическая медицинская помощь (РН) с коэффициентом 2 (K _{ФЭ}) [*]
2.5.3	препаратов в аптечному отделу (за исключением случаев оказания аспиринного лечения, профилактического лечения в/или стрижки, предоставления о возможности проведения диспансерного наблюдения, от его предоставления).	Подпиской норматив финансово-экономическая медицинская помощь (РН) с коэффициентом 0,3 (K _{ФЭ}) [*]	Подпиской норматив финансово-экономическая медицинская помощь (РН) с коэффициентом 0,3 (K _{ФЭ}) [*]
2.6.	Предоставление на оплату услуг счета, в случае нарушения медицинских условий и требований при оказании медицинской помощи в том числе, данные нарушения не соответствуют фактическим адресам оказания медицинской организацией лицензированного вида деятельности (за факту выявления, с учетом информации лицензирующих органов).	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1
2.7.	Предоставление в рамках счета повторных случаев госпитализации аспиринного лица по одному и тому же заболеванию с длительностью три дня и менее в течение непрерывно вводимых дней при оказании медицинской помощи в районный период и амбулаторных условиях (за исключением случаев, при которых стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, указана в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предельной к оплате медицинской организацией).	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1
2.8.	Необоснованное предоставление в рамках счета случая оказания аспиринного лицу медицинской помощи, оказанной в условиях данного стандарта в период пребывания в условиях круглосуточного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в другие медицинские организации при экстренных и неотложных состояниях).	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 0,3 (K _{ФЭ}) [*]
2.9.	Включение лица с аспиринным лицом, за оказанную медицинскую помощь, включенную в базисный либо территориальный программу обязательного медицинского страхования, при оказании медицинской помощи в рамках базисной либо территориальной программы обязательного медицинского страхования.	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1 (K _{ФЭ}) [*]
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, включенных в перечень человека, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, и/или использование медицинской организацией амбулаторных препаратов, предоставленных пациентом или иной организацией, действующей в интересах пациента, из иных источников финансирования (за исключением оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях).	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 0,5	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 0,5 (K _{ФЭ}) [*]
2.11	Отсутствие в регистре счета сведений о страховых случаях с летальным исходом при наличии сведений о смерти аспиринного лица в период оказания ему медицинской помощи в лицензированной медицинской организации и отсутствию отчетной документацией медицинской организации.	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 0,6 (K _{ФЭ}) [*]
2.12	Непредоставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания аспиринному лицу медицинской помощи в медицинской организации без оказания помощи в течение 5 рабочих дней после получения медицинской организацией соответствующего запроса от Федерального фонда или территориального фонда или страховой медицинской организации.	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 0,1
2.13	Отсутствие в документации (исключение требований к оформлению) информации о предоставлении сигнала аспиринного лица на медицинское вмешательство или услуга лицензированного лица от медицинского вмешательства в установленный законодательством РФ срок.	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 0,1	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 0,1

3	2	3	4
2.14	Наименование оказания медицинской помощи, предоставляемое в медицинской документации (форма, направление, "вызовы", полное переформулирование с изменением сведений о проводимых диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания; рассмотрение сведений об оказании медицинской помощи в различных разделах медицинской документации (в том числе учетно-оплатной документации, запрошенной на проведение экспертизы).	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 0,3	
2.15	Дата оказания медицинской помощи, зафиксированная в первичной медицинской документации и в регистре счетов, не соответствующая дате работы врача (в том числе, оказание медицинской помощи в период отпусков, обучения, командировок, выходных дней).	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1	
2.16	Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:		
2.16.1.	оплаченный случай оказания медицинской помощи выделен тарифом, установленным тарифами соглашения;	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 0,3	Подтвержден нормативе финансирования медицинской помощи (НП) с коэффициентом 0,3 (Н _{сум}) ³
2.16.2.	включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу;	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1	Подтвержден нормативе финансирования медицинской помощи (НП) с коэффициентом 1 (Н _{сум}) ³
2.17.	Отсутствие в карте стационарного больного протокола врачебной комиссии в случае назначения застрахованному лицу лекарственного препарата, не входящего в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;		Подтвержден нормативе финансирования медицинской помощи (НП) с коэффициентом 0,3 (Н _{сум}) ³
2.18.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальный либо базисный программами обязательного медицинского страхования;		Подтвержден нормативе финансирования медицинской помощи (НП) с коэффициентом 0,3 (Н _{сум}) ³
Раздел 3. Мероприятия, влияющие 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 поименное на состояние здоровья застрахованного лица;	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 0,3	
3.1.2	применение в лечении или употреблении средств лечения лица установления (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и установленных законодательством РФ случаев)	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 0,3	
3.1.3.	применение в лечении состояния здоровья застрахованного лица, либо создание риска присоединения инфекционных заболеваний, либо создание риска возникновения нового заболевания;	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 0,8	Подтвержден нормативе финансирования медицинской помощи (НП) с коэффициентом 0,3 (Н _{сум}) ³
3.1.4.	применение в инвазивных	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 0,9	Подтвержден нормативе финансирования медицинской помощи (НП) с коэффициентом 1 (Н _{сум}) ³
3.1.5	применение в летальном исходе (в том числе при наличии распадавшей клинической и патолого-анатомического диагнозов);	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1	Подтвержден нормативе финансирования медицинской помощи (НП) с коэффициентом 3 (Н _{сум}) ³
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или неадекватное выполнение необходимых процедур диагностики, лечение, обследование или предоставление информации о состоянии здоровья пациента, оказание медицинской помощи, не соответствующее стандартам медицинской помощи, в том числе по результатам проведенного диагностического наблюдения, рекомендации по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками на основании медицинской документации с применением стандартизированных технологий;		

1	2	3	4
3.2.1	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 0,3	
3.2.2	приведение к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создание риска профессионального заболевания, либо создание риска возникновения нового заболевания (за исключением случаев оказания застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством РФ случаях);	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 0,4	Подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РН) с коэффициентом 0,3 (R _{мд})*
3.2.3	приведение к инвалидности (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством РФ случаях);	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 0,3	Подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РН) с коэффициентом 1 (R _{мд})*
3.2.4	приведение к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством РФ случаях);	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1	Подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РН) с коэффициентом 3 (R _{мд})*
3.2.5	реорганизация медицинских работников, работающих на оказание медицинской помощи в медицинских организациях, работающих по методикам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при предоставлении указанных центров консультирующей/консультанской с применением конструктора с применением телемедицинских технологий, при непосредственном выполнении данных рекомендаций;	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 0,3	Подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РН) с коэффициентом 1 (R _{мд})*
3.2.6	по результатам проведенного диспансерного наблюдения;	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 0,3	Подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РН) с коэффициентом 1 (R _{мд})*
3.3	Выполнение исследований, осуществляемых с применением томографической, не регламентированных порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи, инновационных, протезных и имплантных систем, изделий медицинского назначения, либо создание риска прогрессирования имеющегося заболевания, либо создание риска возникновения нового заболевания;	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 0,3	Подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РН) с коэффициентом 0,6 (R _{мд})*
3.4	Превышение с клинической точки зрения предельные значения оказания медицинской помощи при отсутствии клинического эффекта (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством РФ случаях); Нарушение при оказании медицинской помощи (в частности, преждевременная выписка из медицинской организации), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обследование (образование застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение четырех недель дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, стационарно, дневной стационарно (посторонней госпитализации));	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 0,5	Подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РН) с коэффициентом 0,3 (R _{мд})*
3.5	Нарушение по вине медицинской организации предоставления в оказания медицинской помощи (в том числе непосредственный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведение к ухудшению срока оказания медицинской помощи и/или ухудшению состояния здоровья застрахованного лица;	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 0,3	Подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РН) с коэффициентом 1 (R _{мд})*
3.6	Госпитализация застрахованного лица в платной или платочной форме с нарушением требований к профилю оказания медицинской помощи (интервенционная госпитализация), кроме случаев госпитализации в платочной и платочной форме с положительными результатами в течение суток в профильной медицинской организации (структурный подразделение медицинской организации);	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1	Подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РН) с коэффициентом 0,3 (R _{мд})*

1	2	3	4
3.4	<p>Поскольку застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь, которую могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре, отсутствие пациента в медицинской организации на дату приема.</p>	<p>Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1</p>	<p>Подразовой норматив финансирования медицинской помощи (РН) с коэффициентом 0,3 (К_{0,3})^а</p>
3.5	<p>Необоснованное повторное посещение врача общей и той же специальности в один день при оказании медицинской помощи амбулаторно, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультации в других медицинских организациях, в связи с ветиспей лекарственным препаратом, густотам назначены, при амбулаторном лечении ветиспей лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей бесплатно и с 50% скидкой, наблюдение беременных женщин, психиатрий, связанных с выдвией справка или иных медицинских документов.</p>	<p>Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1</p>	<p>Подразовой норматив финансирования медицинской помощи (РН) с коэффициентом 0,3 (К_{0,3})^а</p>
3.10	<p>Наименование клинических и патологикоанатомического департамента, обслуживающего непрофильными заболеваниями диагностируемыми исследованиями в связи с несоответствием оказания медицинской организации (структурного подразделения медицинской организации).</p>	<p>Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 0,9</p>	<p>Подразовой норматив финансирования медицинской помощи (РН) с коэффициентом 0,5 (К_{0,5})^а</p>
3.11	<p>Отсутствие в медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, денвических записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, и/или, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказания медицинской помощи.</p>	<p>Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 0,5</p>	
3.12	<p>Нарушение при застрахованном лице на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, базовой программы обязательного медицинского страхования, на выбор врача.</p>		<p>Подразовой норматив финансирования медицинской помощи (РН) с коэффициентом 0,3 (К_{0,3})^а</p>
3.13	<p>Необоснованное назначение лекарственных препаратов, однократное назначение лекарственных препаратов со сложным фармакологическим действием, индивидуальная лекарственная терапия, в том числе несоответствие дозировкам, кратности и длительности приема лекарственных препаратов, одновременное назначение препаратов и стандартные медицинские помощи, связанные с риском для здоровья пациента.</p>	<p>Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 0,5</p>	<p>Подразовой норматив финансирования медицинской помощи (РН) с коэффициентом 0,6 (К_{0,6})^а</p>

Приложение №3
к Дополнительному соглашению №3 от
27.07.2021г

Приложение № 52
к Тарифному соглашению в системе
ОМС Тамбовской области на 2021 год от
20.01.2021г

**Тарифы на проведение 1 и 2 этапа углубленной диспансеризации для групп лиц,
перенесших COVID-19**

**Тариф на проведение 1 этапа углубленной диспансеризации (комплексное посещение, отдельные
исследования и медицинские вмешательства)**

Код услуги	Наименование	Нормативы финансовых затрат, руб.
	Тариф на комплексное посещение при проведении 1 этапа углубленной диспансеризации (лица, перенесшие COVID-19 в любой степени тяжести, а также пневмонии (J12-J18 МКБ 10))	726,00
	в том числе:	
A12.09.005	Измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое	24,00
A12.09.001	Проведение спирометрии или спирографии	124,00
B03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	88,99
B03.016.004	Биохимический анализ крови (исключая исследование уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, уровня креатинина в крови)	489,01
	Тарифы на отдельные исследования и медицинские вмешательства в рамках проведения 1 этапа углубленной диспансеризации (лица, перенесшие COVID-19 в средней, тяжелой и крайне тяжелой степени)	
A23.30.023	Проведение теста 6-минутной ходьбы и сатурации крови кислородом после нагрузки	60,00
A09.05.051.001	Определение концентрации Д-димера в крови	419,60

**Тарифы на проведение углубленного 2 этапа диспансеризации
групп лиц, перенесших COVID-19
(медицинские обследования)**

Код услуги	Профиль	Нормативы финансовых затрат, руб.
	Лица, перенесшие COVID-19 в средней, тяжелой и крайне тяжелой степени (сатурация в покое 94% и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой)	
A04.10.002	Проведение эхокардиографии	1 367,19
A06.09.005	Компьютерная томография легких	1 065,00
	Лица, перенесшие COVID-19 в средней, тяжелой и крайне тяжелой степени (при наличии показаний по результатам определения концентрации Д-димера в крови)	
A04.12.006.002	Дуплексное сканирование вен нижних конечностей	1 139,30