

**Дополнения к Тарифному соглашению на оплату медицинской  
помощи в системе обязательного медицинского страхования  
Курской области на 2013 год № 1**

г.Курск

29.03.2013г.

В соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 года № 158н, приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 года № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Курской области, утвержденной постановлением Администрации Курской области от 25.12.2012 г. № 1135-па «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Курской области на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов», действующими федеральными и региональными нормативными правовыми актами по оплате медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования и в целях обеспечения финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования на территории Курской области

председатель Правления территориального фонда обязательного медицинского страхования Курской области Проскурин Владимир Викторович,

представитель комитета здравоохранения Курской области – председатель комитета здравоохранения Курской области Новикова Ольга Владимировна,

директор территориального фонда обязательного медицинского страхования Курской области Курцев Андрей Владимирович,

представитель Федерации профсоюзных организаций Курской области – председатель областного комитета профсоюзов работников здравоохранения Сорокина Галина Александровна,

представители от страховых медицинских организаций – директор Курского филиала ОАО «СК «РОСНО-МС» Коломиец Игорь Владиславович и директор Курского филиала ЗАО «СМК АСК-МЕД» Конорев Леонид Анатольевич,

президент профессиональной медицинской ассоциации Курской области Сидорец Вячеслав Максимович,

в дальнейшем именуемые «Стороны», в дополнение к Тарифному соглашению на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Курской области на 2013 год утвердили следующие положения:



1. На основании результатов рейтинговой оценки деятельности медицинских организаций в 2012 году, решения Правления ТФОМС Курской области от 27.03.2013 г. (протокол № 1) об утверждении дополнительных сумм финансирования МО на 2013 год утвердить с 1 апреля 2013 года поправочный коэффициент к тарифам на оплату всех видов медицинской помощи, оказываемой в следующих медицинских организациях:

Наименование МО	Поправочный коэффициент
ОБУЗ "Горшеченская ЦРБ"	0,826
ОБУЗ "Железногорская ЦРБ"	0,811
ОБУЗ "Курская ЦРБ"	0,825
ОБУЗ "Курчатовская ЦРБ"	1,053
ОБУЗ "Медвенская ЦРБ"	1,034
ОБУЗ "Октябрьская ЦРБ"	0,859
ОБУЗ "Курская городская клиническая больница СМП"	0,949
ОБУЗ "Курская городская больница №2"	0,875
ОБУЗ "Курская городская детская стоматологическая поликлиника"	1,020
БМУ "Курская областная клиническая больница"	1,0673
ОБУЗ "Областная детская клиническая больница"	0,900
ОБУЗ "Офтальмологическая больница - офтальмологический центр"	1,481
ОБУЗ "Курский областной онкологический диспансер"	1,604
ОБУЗ "Железногорская городская больница № 1"	0,991

2. Стоимость единицы объема медицинской помощи в 2013 году включает в себя денежные выплаты медицинским работникам, финансовое обеспечение которых осуществлялось в 2012 году за счет средств федерального бюджета и средств бюджета ФОМС: финансовое обеспечение мероприятий по диспансеризации определенных групп населения, диспансерному наблюдению, профилактическим осмотрам в соответствии в порядками, установленными Министерством здравоохранения РФ; оплата труда медицинского персонала в рамках финансового обеспечения оказания дополнительной медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей); денежные выплаты медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медицинским сестрам скорой медицинской помощи; дополнительные стимулирующие выплаты врачам и среднему медицинскому персоналу, участвующим в 2011 и 2012 годах в реализации мероприятий региональной программы модернизации здравоохранения Курской области по внедрению стандартов медицинской помощи и повышению доступности



амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами. Расходы на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи, оказываемой участковыми врачами-терапевтами и педиатрами, врачами общей практики, медицинскими сестрами, работающими с названными врачами в учреждениях здравоохранения, медицинском персоналом фельдшерско-акушерских пунктов и станций скорой медицинской помощи, врачами-специалистами (в части повышения доступности амбулаторной медицинской помощи) относятся к выплатам стимулирующего характера и осуществляются по результатам деятельности медицинских работников.

3. Дополнить раздел 2 Порядка оплаты медицинской помощи следующим абзацем:

Оплата скорой медицинской помощи производится за каждый вызов с учетом вида оказанной скорой медицинской помощи (неотложной/экстренной). Реестр счетов и счет на оплату скорой медицинской помощи формируется по видам оказанной скорой медицинской помощи (неотложной/экстренной) в соответствии с диагнозом, указанным в карте вызова скорой медицинской помощи (форма № 110/у).

4. Оплата первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения производится по стоимости законченного случая (включающей в себя стоимость фактически выполненных профилактических посещений) с учетом дифференциации в зависимости от объема диспансеризации по полу и возрасту, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 03.12.2012 №1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».

1 группа – мужчины и женщины в возрастной группе 21, 24, 27, 30, 33, 36 лет – стоимость законченного случая 798,90 руб.

2 группа – мужчины в возрастной группе 51, 57, 63, 69 лет – стоимость законченного случая 1065,20 руб.

3 группа – мужчины и женщины в возрастной группе 39, 42, 45, 48, 54, 60, 66, 72, 75, 78, 81, 84, 87, 90, 93, 96, 99 лет и женщины в возрастной группе 51, 57, 63, 69 лет – стоимость законченного случая 1331,50 руб.

Оплата законченного случая диспансеризации осуществляется при выполнении не менее 85% утвержденного объема обследований для определенной группы взрослого населения. Учет объемов ведется по фактическому количеству выполненных посещений к врачам с профилактической целью в общем количестве профилактических посещений, предусмотренных территориальной программой государственных гарантий на 2013 год.

Оплата второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения производится по количеству посещений к врачам специалистам, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 03.12.2012 №1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». Стоимость посещения соответствует стоимости одного профилактического посещения 266,30 руб. (с учетом утвержденных для медицинских организаций поправочных коэффициентов) входит в общий объем



профилактических посещений, предусмотренный территориальной программой государственных гарантий на 2013 год.

5. Оплата диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации производится по стоимости законченного случая в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 15.02.2013 №72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации».

Стоимость законченного случая устанавливается в размере 3500,0 руб., включающей в себя стоимость фактически выполненных профилактических посещений.

Учет объемов ведется по фактическому количеству выполненных посещений к врачам с профилактической целью в общем количестве профилактических посещений, предусмотренных территориальной программой государственных гарантий на 2013 год.

В случае необходимости проведения дополнительных консультаций и исследований в рамках второго этапа законченного случая диспансеризации, оплата этих дополнительных консультаций и исследований производится сверх указанной выше стоимости законченного случая по тарифу профилактического посещения 266,30 руб. (с учетом утвержденных для медицинских организаций поправочных коэффициентов) и учитывается в объемах посещений медицинской организации, проводящей консультацию.

6. Приложение № 3 к тарифному соглашению на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Курской области утвердить в прилагаемой редакции.

Подписи сторон

Председатель  
Правления ТФОМС Курской области

В.В. Проскурин

Председатель  
комитета здравоохранения Курской области

О.В. Новикова

Директор ТФОМС Курской области

А.В. Курцев

Председатель  
областного комитета  
профсоюза работников здравоохранения

А.Сорокина

Директор  
Курского филиала ОАО «СК «РОСНО-МС»

И.В. Коломиец

Директор  
Курского филиала ЗАО «СМК АСК-МЕД»

Л.А. Конорев

Президент  
профессиональной медицинской ассоциации  
Курской области

В.М. Сидорец





**Приложение № 3**  
к Тарифному соглашению  
на оплату медицинской помощи в системе  
обязательного медицинского страхования Курской  
области на 2013 год

**Обязательства медицинских организаций, следствием неисполнения которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества**

№ п/п	Обязательства медицинских организаций	Последствия неисполнения обязательств	
		Сумма, не подлежащая оплате, уменьшение оплаты, возмещения	Размер штрафа
1. Обеспечение доступности медицинской помощи для застрахованных лиц			
1.1.	Обеспечение выбора медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы, в соответствии с заявлением застрахованного лица		сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.1.1.	Обеспечение выбора врача в соответствии с заявлением застрахованного лица, поданным лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации		сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.1.2.	Обеспечение выбора врача в соответствии с заявлением застрахованного лица, поданным лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации		сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.1.3.	Соблюдение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке		сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.2.	Оказание застрахованным лицам медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС	последствия за необоснованный отказ в оказании медицинской помощи застрахованному лицу, не повлекший причинение вреда здоровью, не создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания (1.2.1)	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год



		последствия за необоснованный отказ в оказании медицинской помощи застрахованному лицу, повлекший причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания (1.2.2.)	возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	двести процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.3.	Бесплатное оказание застрахованным лицам медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой	последствия за необоснованный отказ застрахованному лицу в бесплатном оказании медицинской помощи, не повлекший причинение вреда здоровью, не создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания либо возникновения нового заболевания (1.3.1.)	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год	
		последствия за необоснованный отказ застрахованному лицу в бесплатном оказании медицинской помощи, повлекший причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания (1.3.2.)	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год	
1.4.	Недопущение взимания платы с застрахованных лиц (в рамках добровольного медицинского страхования или в виде оказания платных услуг) за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой	возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи двести процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год	сто процентов возврат средств, необоснованно затраченных застрахованным лицом
1.5.	Бесплатное обеспечение застрахованных лиц в период пребывания в стационаре по назначению врача лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения, включенными в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, формуляр лечения стационарного больного, согласованный и утвержденный в установленном	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	сто процентов возврат средств, необоснованно затраченных застрахованным лицом	



	порядке; на основании стандартов медицинской помощи			
2.	Обеспечение информированности застрахованных лиц			
2.1.	Создание официального сайта медицинской организации в сети «Интернет»			пятьдесят процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.2.	Наличие на официальном сайте медицинской организации в сети «Интернет» следующей информации:			
2.2.1.	о режиме работы медицинской организации			десять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.2.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи			десять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи			десять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.2.4.	показатели доступности и качества медицинской помощи			десять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.2.5.	перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно			десять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.2.6.	перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен (для медицинских			десять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год



	организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь)		
2.3.	Организация информационных стендов		пятьдесят процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.4.	Наличие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:		
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации		десять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.4.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи		десять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.4.3.	о видах медицинской помощи, оказываемых данной медицинской организацией		десять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.4.4.	показатели доступности и качества медицинской помощи		десять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.4.5.	перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно		десять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.4.6.	перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с пятидесяти процентной со свободных цен (для медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь)		десять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год



3. Отсутствие дефектов медицинской помощи / нарушений при оказании медицинской помощи		
3.1.	Соблюдение персоналом медицинской организации врачебной этики и деонтологии	
3.1.1	Неразглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, установленное по обращению застрахованного лица путем проведения административного расследования администрацией медицинской организации или мер, принятых компетентными органами	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
3.1.2.	Соблюдение врачебной тайны, в том числе конфиденциальности персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, установленное компетентными органами по обращению застрахованного лица.	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
3.2.	Выполнение своевременно и надлежащим образом необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи	<div> <div> <div>последствия невыполнения обязательства, не повлиявшие на состояние здоровья застрахованного лица (3.2.1.)</div> <div> <div>пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи</div> <div>последствия невыполнения обязательства, приведшие к увеличению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке) (3.2.2.)</div> <div> <div>пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи сверх установленных сроков оказания медицинской помощи</div> <div>последствия невыполнения обязательства, приведшие к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшие риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке) (3.2.3.)</div> </div> </div> </div> </div>



		сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи; в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания;	последствия невыполнения обязательства, приведшие к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке) (3.2.4.)
		сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи и в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	двести процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
		последствия невыполнения обязательства, приведшие к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке) (3.2.5.)	
		сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	пятьсот процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
		последствия невыполнения обязательства, приведшие к увеличению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица (3.3.1.)	
3.3.	Выполнение показанных, оправданных с клинической точки зрения, регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий		



		<p>пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи сверх установленных сроков оказания медицинской помощи</p> <p>последствия невыполнения обязательства, приведшие к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо риску прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)</p> <p>(3.3.2.)</p>	<p>сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи</p> <p>в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания</p>
		<p>последствия за преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения)</p>	<p>пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи</p>
3.4.	<p>Выполнение показанных с клинической точки зрения лечебных мероприятий до достижения клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения)</p>	<p>последствия за повторное обостренное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения и 90 дней со дня завершения лечения в стационаре обусловленное недостижением результата предыдущего лечения по вине медицинского персонала, подтвержденное проведенной целевой или плановой экспертизой (за исключением случаев этапного лечения)</p>	
		<p>пятьдесят процентов стоимости за каждый случай первичного оказания медицинской помощи, предьявленного ранее к оплате</p>	
3.5.	<p>Обеспечение достижения положительной динамики в состоянии здоровья застрахованного лица при первичном обращении за медицинской помощью (за исключением случаев этапного лечения)</p>		

3.6.	Обеспечение преемственности в лечении застрахованного лица (в том числе своевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня)	последствия за нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к увеличению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи и в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания
3.7.	Недопущение госпитализации застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара Недопущение госпитализации застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в полном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях.	Сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
3.8.	Исключение возможности госпитализации застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
3.9.	Соблюдение сроков и условий лечения застрахованных лиц	последствия за необоснованное увеличение сроков лечения по вине медицинской организации, увеличение количества медицинских услуг, посещений, койко-дней, не связанного с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств	
3.10.	Недопущение повторного посещения врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультации в других медицинских организациях	сто процентов стоимости койко-дней, признанных как необоснованное удлинение сроков лечения	
		сто процентов стоимости каждого случая, предъявленного к оплате повторно	



3.11.	Принятие мер со стороны медицинского персонала к предупреждению развития нового заболевания застрахованного лица (развития ятрогенного заболевания)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	двести процентов размера норматива финансового обеспечения обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания
3.12.	Обеспечение обоснованного назначения лекарственной терапии; исключение одновременного назначения лекарственных средств – синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанного с риском для здоровья пациента и/или приводящего к удорожанию лечения	десять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
3.13.	Обеспечение выполнения обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с законодательством;		
3.13.1	недопущение наличия расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 категории за исключением случаев невозможности постановки диагноза с учетом длительности госпитализации	двадцать пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	пятьдесят процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
3.13.2	недопущение наличия расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 3 категории за исключением случаев невозможности постановки диагноза с учетом длительности госпитализации	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	пятьдесят процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
4. Правильность оформления в медицинской организации первичной медицинской документации			
4.1.	Предоставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	пятьдесят процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
4.2.	Оформление надлежащим образом первичной медицинской документации, обеспечивающее проведение экспертизы качества медицинской помощи (возможность оценки динамики состояния здоровья застрахованного лица, объема, характера и условий предоставления медицинской помощи)	Оформление ненадлежащим образом медицинской документации, затрудняющее проведение экспертизы качества медицинской помощи (4.2.1.)	
		двадцать пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	



		Оформление ненадлежащим образом медицинской документации, делающее невозможным проведение экспертизы качества медицинской помощи (4.2.2.)
4.3.	Обеспечение наличия в первичной медицинской документации информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, письменного согласия на лечение в установленных законодательством Российской Федерации случаях	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
4.4.	Исключение случаев наличия признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление истории болезни, с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания и прочее)	десять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
4.4.1.	Исключение сокрытия медицинской организацией случаев нарушения режима пребывания пациента в стационаре, в том числе отсутствие без письменного разрешения администрации ЛПУ	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
4.5.	Исключение случаев несоответствия дат оказания медицинской помощи, зарегистрированных в первичной медицинской документации и реестре счетов, и в таблице учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.)	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
4.6.	Оформление счетов на оплату медицинской помощи и реестров счетов в соответствии с записями в первичной медицинской документации, не допускающей:	
4.6.1.	включение в счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов посещений, койко-дней и др., не подтвержденных первичной медицинской документацией	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
4.6.2.	несоответствия сроков лечения застрахованного лица в первичной медицинской документации срокам, указанным в реестре счетов	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, не подтвержденный первичной
		двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год



		медицинской документацией	
5. Надлежащее оформление и предъявление на оплату счетов и реестров счетов			
5.1. Оформление и предъявление счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, исключив:			
5.1.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.1.2.	несоответствие суммы счета итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.1.5.	некорректные суммы по позициям реестров счетов (арифметические ошибки);	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.1.6.	несоответствие даты оказания медицинской помощи в реестре счетов отчетному периоду/периоду оплаты	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.2. Оформление счета на оплату медицинской помощи и реестров счетов надлежащим образом в соответствии с принадлежностью застрахованного лица к страховой медицинской организации, исключив:			
5.2.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, получившему полис обязательного медицинского страхования в другой страховой медицинской организации	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.2.2.	включение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе и т.д.)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис обязательного медицинского страхования на территории другого субъекта Российской Федерации	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.2.4.	наличие в реестре счетов неактуальных данных о застрахованных лицах	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	



5.2.5.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи гражданам, не подлежащим обязательному медицинскому страхованию на территории Российской Федерации	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.3. Предъявление к оплате счета, включающего виды и объемы медицинской помощи, входящие в территориальную программу обязательного медицинского страхования, исключив:			
5.3.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.3.2.	предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением Комиссии (за исключением случаев объективно обоснованных)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.3.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников (лечение тяжелых несчастных случаев на производстве, оплачиваемое Фондом социального страхования Российской Федерации)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.4. Формирование для оплаты счетов и реестров счетов с учетом установленных тарифов на оплату медицинской помощи, не допуская:			
5.4.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.4.2.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.5. Включение в реестры счетов лицензированных видов медицинской деятельности, не допуская:			
5.5.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в лицензии медицинской организации;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.5.2.	предоставления реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.5.3.	предоставления на оплату реестров счетов в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: не соответствие фактических адресов осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности данным лицензии и другого (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	



5.6.	Не допущение включения в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.7.	Оформление надлежащим образом реестров счетов, исключая повторное или необоснованное включение в реестр счетов медицинской помощи, в том числе:		
5.7.1.	повторное включение ранее оплаченной позиции (повторное выставление ранее оплаченного счета)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.7.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре счетов	сто процентов стоимости каждого представляемого к оплате повторно	
5.7.3.	включение стоимости отдельной медицинской услуги, учтенной в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги и представляемой к оплате	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенных в реестр счетов необоснованно	
5.7.4.	включение амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи), пациенто - дней в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара) за исключением случаев фальсификации.	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр необоснованно	
5.7.5.	включение нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты, с пересечением или совпадением сроков лечения	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр необоснованно	пятьдесят процентов размера финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
6.	Обязательства медицинских организаций следствием неисполнения которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание скорой медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафом за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание скорой медицинской помощи ненадлежащего качества		
6.1.1	Последствия увеличения сроков ожидания скорой медицинской помощи от 50 % до 100% от норматива, установленного территориальной программой государственных гарантий, не повлекший причинение вреда здоровью, не создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания	Последствия увеличения сроков ожидания скорой медицинской помощи от 50 % до 100% от норматива, установленного территориальной программой государственных гарантий, не повлекший причинение вреда здоровью, не создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания (6.1.1.1.)	

6.1.2	Последствия увеличения сроков ожидания скорой медицинской помощи более 100% от норматива, установленного территориальной программой государственных гарантий, не повлекший причинение вреда здоровью, не создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания		двадцать пять процентов обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
			Последствия увеличения сроков ожидания скорой медицинской помощи от 50% до 100% от норматива, установленного территориальной программой государственных гарантий, повлекший причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания (6.1.1.2.)
		возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
		Последствия увеличения сроков ожидания скорой медицинской помощи более 100% от норматива, установленного территориальной программой государственных гарантий, не повлекший причинение вреда здоровью, не создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания (6.1.2.1.)	
			пятьдесят процентов обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
			Последствия увеличения сроков ожидания скорой медицинской помощи более 100% от норматива, установленного территориальной программой государственных гарантий, повлекший причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания (6.1.2.2.)
		возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	двести процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год



6.2.	Оказание застрахованным лицам скорой медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС	<div data-bbox="127 58 247 1086"> <p>последствия за необоснованный отказ в оказании скорой медицинской помощи застрахованному лицу, не повлекший причинение вреда здоровью, не создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания (6.2.1.)</p> </div> <div data-bbox="247 58 478 1086"> <p>сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год</p> </div> <div data-bbox="478 58 678 1086"> <p>последствия за необоснованный отказ в оказании скорой медицинской помощи застрахованному лицу, повлекший причинение вреда здоровью, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке) (6.2.2.)</p> </div> <div data-bbox="678 58 853 1086"> <p>возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, нового заболевания</p> </div> <div data-bbox="853 58 981 1086"> <p>двести процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год</p> </div> <div data-bbox="981 58 1013 1086"> <p>последствия за необоснованный отказ в оказании скорой медицинской помощи застрахованному лицу, приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке) (6.2.3.)</p> </div> <div data-bbox="1013 58 1332 1086"> <p>Пятьсот процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год</p> </div>
------	---	---

6.3.	Оказание застрахованным лицам скорой медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта РФ, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования	<p>последствия за необоснованный отказ в оказании скорой медицинской помощи застрахованному лицу, не повлекший причинение вреда здоровью, не создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания (6.3.1.)</p> <p>сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год</p> <p>последствия за необоснованный отказ в оказании скорой медицинской помощи застрахованному лицу, повлекший причинение вреда здоровью, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке) (6.3.2.)</p> <p>возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания</p> <p>двести процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год</p> <p>последствия за необоснованный отказ в оказании скорой медицинской помощи застрахованному лицу, приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке) (6.3.3.)</p> <p>пятьсот процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год</p> <p>Последствия за взимание платы с застрахованных лиц за оказанную скорую медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования (6.4.1.)</p> <p>сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи</p> <p>сто процентов возврат средств, необоснованно затраченных застрахованным лицом</p>
6.4.	Недопущение взимания платы с застрахованных лиц за оказанную скорую медицинскую помощь	



		<p>Последствия за взимание платы с застрахованных лиц за оказанную скорую медицинскую помощь при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта РФ, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования (6.4.2.)</p> <p>сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи</p> <p>сто процентов возмрат средств, необоснованно затраченных застрахованным лицом</p>
6.5. Обеспечение информированности застрахованных лиц . Наличие на официальном сайте медицинской организации в сети «Интернет» следующей информации:		
6.5.1.	об условиях оказания скорой медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе сроков ожидания скорой медицинской помощи	десять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
6.5.2..	показатели доступности и качества медицинской помощи	десять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
6.6. Отсутствие дефектов медицинской помощи / нарушений при оказании медицинской помощи		
6.6.1.	Соблюдение персоналом медицинской организации врачебной этики и деонтологии	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год (по случаям, доказанным в установленном порядке)
6.6.2.	Неразглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, установленное по обращению застрахованного лица путем проведения административного расследования администрацией медицинской организации или мер, принятых компетентными органами	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год (по случаям, доказанным в установленном порядке)
6.6.3.	Соблюдение врачебной тайны, в том числе конфиденциальности персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, установленное компетентными органами по обращению застрахованного лица.	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год (по случаям, доказанным в установленном порядке)

6.7	Выполнение своевременно и надлежащим образом необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи	последствия невыполнения обязательства, не повлиявшие на состояние здоровья застрахованного лица (6.7.1.)	
пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи			
последствия невыполнения обязательства, приведшие к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшие риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке) (6.7.2.)			
сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи; в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания;			
последствия невыполнения обязательства, приведшие к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке) (6.7.3.)			
сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		пятьсот процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год	



6.8.	Выполнение показанных, оправданных с клинической точки зрения, регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий	<p>последствия невыполнения обязательства, приведшие к удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица (6.8.1.)</p> <p>пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи сверх установленных сроков оказания медицинской помощи</p> <p>последствия невыполнения обязательства, приведшие к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо риску прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке) (6.8.2.)</p> <p>сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания</p> <p>последствия невыполнения обязательства, приведшие к летальному исходу (6.8.3.)</p>
6.9	Выполнение показанных с клинической точки зрения лечебных мероприятий до достижения клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения)	<p>сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи</p> <p>пятьсот процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год</p> <p>последствия за преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта, не повлиявшие на состояние здоровья застрахованного лица (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения) (6.9.1.)</p>

		<p>пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи</p> <p>последствия за преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта, приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке) (6.9.2.)</p>
		<p>сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи</p> <p>в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания</p> <p>последствия за преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта, приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке) (6.9.3.)</p>
		<p>сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи</p> <p>последствия за повторное обоснованное обращение застрахованного лица за скорой медицинской помощью по поводу одного и того же заболевания в течение 24 часов, обусловленное недостижением результата предыдущего лечения по вине медицинского персонала, подтвержденное проведенной целевой или плановой экспертизой (за исключением случаев этапного лечения)</p>
6.10	<p>Обеспечение достижения положительной динамики в состоянии здоровья застрахованного лица при первичном обращении за медицинской помощью</p>	<p>пятьсот процентов размера финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год</p>



		пятьдесят процентов стоимости за каждый случай первичного оказания медицинской помощи, предъявленного ранее к оплате	
6.11	Недопущение действий или бездействий при оказании скорой медицинской помощи, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	двести процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего
6.12.	Обеспечение обоснованного назначения лекарственной терапии; исключение одновременного назначения лекарственных средств – синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанного с риском для здоровья пациента и/или приводящего к удорожанию лечения	десять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
6.13.	Отсутствие расхождений диагноза основного заболевания (травмы) скорой помощи и клинического диагноза, установленного в приемном отделении медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь на догоспитальном этапе	пятнадцать процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
Правильность оформления в медицинской организации первичной медицинской документации			
6.14.	Предоставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	пятьдесят процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
6.15	Оформление надлежащим образом первичной медицинской документации, обеспечивающее проведение экспертизы качества медицинской помощи (возможность оценки динамики состояния здоровья застрахованного лица, объема, характера и условий предоставления медицинской помощи)	Оформление ненадлежащим образом медицинским образом проведение медико-экономической экспертизы медицинской помощи (6.15.1.)	двести процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
		двадцать пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	

		Оформление ненадлежащим образом медицинской документации, делающее невозможным проведение экспертизы качества медицинской помощи (6.15.2.)	
6.16.	Исключение случаев наличия признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление истории болезни, с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания и прочее)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	сто процентов размера норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
6.17.	Оформление счетов на оплату медицинской помощи и реестров счетов в соответствии с записями в первичной медицинской документации, не допуская:		
6.17.1	включение в счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов случаев, не подтвержденных первичной медицинской документацией	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
6.17.2.	несоответствия сроков лечения застрахованного лица в первичной медицинской документации срокам, указанным в реестре счетов	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, не подтвержденный первичной медицинской документацией	
6.17.3.	Несоответствие диагноза, согласно первичной медицинской документации, застрахованного лица диагнозу, указанному в реестре счета	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, не подтвержденный первичной медицинской документацией	
6.18	Надлежащее оформление и предъявление на оплату счетов и реестров счетов Оформление и предъявление счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, исключив:		
6.18.1	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
6.18.2.	несоответствие суммы счета итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	



6.18.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
6.18.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
6.18.5.	некорректные суммы по позициям реестров счетов (арифметические ошибки);	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
6.18.6.	несоответствие даты оказания медицинской помощи в реестре счетов отчетному периоду/периоду оплаты	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
6.18.7.	Несоответствие кода услуги диагнозу, полу, возрасту, виду оказанной медицинской помощи	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
6.19. Оформление счета на оплату медицинской помощи и реестров счетов надлежащим образом в соответствии с принадлежностью застрахованного лица к страховой медицинской организации, исключив:			
6.19.1	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, получившему полис обязательного медицинского страхования в другой страховой медицинской организации	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
6.19.2	включение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе и т.д.)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
6.19.3	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис обязательного медицинского страхования на территории другого субъекта Российской Федерации	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
6.19.4	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи гражданам, не подлежащим обязательному медицинскому страхованию на территории Российской Федерации	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
Формирование для оплаты счетов и реестров счетов с учетом установленных тарифов на оплату скорой медицинской помощи, не допуская:			
6.20.	нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь (включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
6.21	включение в реестр счетов случаев оказания скорой медицинской помощи, медицинским работником, не имеющим сертификата лил свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	

6.22. Оформление надлежащим образом реестров счетов, исключая:

6.22.1..	повторное включение ранее оплаченной позиции (повторное выставление ранее оплаченного счета)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
6.22.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре счетов	сто процентов стоимости каждого предъявленного к оплате повторно	