

Приложение № 21  
к Тарифному соглашению по обязательному  
медицинскому страхованию на территории  
Пермского края на 2023 год, заключенному на  
заседании Комиссии по разработке  
территориальной программы обязательного  
медицинского страхования Пермского края  
29.12.2022, протокол от 29.12.2022 № 13 *(в  
редакции изменений от 28.04.2023 – распространяются на  
правоотношения, возникшие с 01.05.2023)*

Таблица 1

**ПЕРЕЧЕНЬ  
ОСНОВАНИЙ ДЛЯ ОТКАЗА В ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
(УМЕНЬШЕНИЯ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ) И РАЗМЕРОВ САНКЦИЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ КОНТРОЛЯ ОБЪЕМОВ,  
СРОКОВ, КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ  
СТРАХОВАНИЮ НА ТЕРРИТОРИИ ПЕРМСКОГО КРАЯ <\*> действует с 01.01.2023 по 31.12.2023**

*(в редакции изменений от 28.04.2023 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.05.2023)*

<b>Код нарушения/ дефекта</b>	<b>Перечень оснований</b>	<b>Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н)</b>	<b>Значение коэффициента для определения размера штрафа за неокказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Сшт)</b>	<b>Рекомендации по применению</b>
<b>Раздел 1. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономического контроля</b>				
1.1.	Нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания	0	0,3	

	<p>медицинской помощи, несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения.</p>			
1.2.	<p>Невключение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения (в случае, если установление диагноза и постановка на диспансерное наблюдение должно быть осуществлено в рамках одного случая оказания медицинской помощи).</p>	0	1	
1.3.	<p>Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации для оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной форме на койки терапевтического и хирургического профилей.</p>	1	0,3	

1.4.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:			
1.4.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	1	0	
1.4.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	1	0	
1.4.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению, в том числе отсутствие указаний о включении в группу диспансерного наблюдения лица, которому установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение, отсутствие сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи, по данным персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и (или) о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;	1	0	В том числе отклоняются от оплаты случаи медицинской помощи с датой её оказания позже даты смерти застрахованного лица (по данным, подтвержденным ЗАГС).
1.4.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	1	0	
1.4.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	1	0	
1.4.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты;	1	0	

1.5.	Введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (включая ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе);	1	0	
1.6.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в программу обязательного медицинского страхования, в том числе:			
1.6.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, а также заболеваний и состояний, не входящих в программу обязательного медицинского страхования;	1	0	
1.6.2.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного медицинской организации в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании;	1	0	
1.6.3.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх размера финансового обеспечения распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного медицинской организации в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании;	1	0	
1.6.4.	включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования, в том числе тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом	1	0	В том числе, по данным, полученным после оплаты счета средствами ОМС.

	социального страхования Российской Федерации, медицинских услуг, оказываемой частными медицинскими организациями в рамках пилотного проекта по вовлечению частных медицинских организаций в оказание медико-социальных услуг лицам в возрасте 65 лет и старше, являющимся гражданами Российской Федерации, в том числе проживающим в сельской местности.			
1.7.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе:			
1.7.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, неустановленным в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании;	1	0	
1.7.2.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании;	1	0	
1.8.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности, в том числе с нарушением лицензионных требований:			
1.8.1.	включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	1	0	

1.8.2.	предоставление реестров счетов в случае прекращения действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности по случаям оказания медицинской помощи, завершившимся после прекращения действия лицензии медицинской организации;	1	0	
1.8.3.	предоставление на оплату реестров счетов в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: в том числе, данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности (на основании информации лицензирующих органов).	1	0	
1.9.	Включение в реестр счетов страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации специалиста по профилю оказания медицинской помощи.	1	0	
1.10.	Нарушения, связанные с повторным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе:			
1.10.1.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	1	0	
1.10.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	1	0	

1.10.3.	стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;	1	0	
1.10.4.	стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию;	1	0	
1.10.5.	включение в реестр счетов медицинской помощи, оказанной амбулаторно, в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также оказания медицинской помощи (консультаций) в других медицинских организациях в экстренной и неотложной форме);	1	0	<p>Отклоняется услуга (посещение, исследование, вызов СМП), предъявленная на оплату за один период оказания медицинской помощи с датами лечения «внутри» дат случая в стационаре.</p> <p>Не применяется в случаях:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Осмотр (консультаций) врачами-специалистами, исследований или сведений об иных медицинских мероприятиях, входящих в объем диспансеризации, которые выполнялись в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения диспансеризации, если они заявлены с «нулевой» стоимостью.</li> <li>2. Имеющих в составе нижеперечисленные медицинские услуги: <ul style="list-style-type: none"> <li>- гемодиализ (сеанс);</li> <li>- перитонеальный диализ;</li> <li>- телемедицинское консультирование;</li> <li>- УЗИ плода (экспертное).</li> </ul> </li> <li>3. Амбулаторных посещений, вызовов СМП, пребывание в дневных стационарах всех типов, в период пребывания застрахованного лица в</li> </ol>

			<p>круглосуточном стационаре при проведении генно-инженерной биологической терапии.</p> <p>Санкции применяются к КСС:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- вызов СМП;</li> <li>- амбулаторные посещения врача-стоматолога, зубного врача;</li> <li>- прием (осмотр, консультация) врача травматолога при оказании неотложной медицинской помощи пациентам с острой травмой.</li> </ul> <p>В том числе, в период пребывания застрахованного лица в дневных стационарах всех типов, за исключением случаев оказания медицинской помощи по профилю «нефрология – хронический гемодиализ».</p> <p>В случае пребывания застрахованного лица в дневных стационарах всех типов применяется для случаев оказания медицинской помощи в одной медицинской организации в случае совпадения врачебной специальности при оказании медицинской помощи застрахованному лицу в амбулаторных условиях по профилю отделения, в котором медицинская помощь оказывается тому же застрахованному лицу в условиях дневного стационара.</p> <p>Применяется к стационару по стоимости оплаты амбулаторной помощи. В случае амбулаторных посещений или пациенто – дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре медицинской организации-фондодержателя в период пребывания застрахованного лица в стационаре медицинской организации-исполнителя по</p>
--	--	--	--



				направлению медицинской организации-фондодержателя применяется к медицинской организации-фондодержателю по стоимости оплаты амбулаторной помощи.
1.10.6.	включение в реестр счетов нескольких страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана застрахованному лицу стационарно в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.	1	0	
<b>Раздел 2. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономической экспертизы</b>				
2.1.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования.	0	0,3	В том числе применяется при контроле случаев оказания медицинской помощи онкологическим больным при нарушении сроков направления: к онкологу первичного онкологического кабинета (отделения); на биопсию пациентов с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания; на диагностические исследования пациентов с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания; к онкологу в специализированную МО с целью диагностики заболевания; на лечение пациентов с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания без химиотерапии; на лечение пациентов с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом

			<p>онкологического заболевания с применением химиотерапии.</p> <p>В связи с контролем предоставления медицинской помощи пациентам с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания и ежемесячным проведением мониторинга по профилю «Онкология» по письму ФОМС от 03.04.2019 №3926/30-1/и, при загрузке СМО данных о результатах контроля случаев оказания медицинской помощи пациентам с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания, дополнительно указываются коды дефектов с уточнением в последнем знаке:</p> <p>а) при нарушении сроков направления: к онкологу первичного онкологического кабинета (отделения) – 2.1.1;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- на биопсию пациентов с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания -2.1.2;</li><li>- на диагностические исследования пациентов с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания – 2.1.3;</li><li>- к онкологу в специализированную МО с целью диагностики заболевания – 2.1.4;</li><li>- на лечение пациентов с установленным диагнозом онкологического заболевания – 2.1.5;</li><li>- на лечение пациентов с установленным диагнозом онкологического заболевания с применением химиотерапии – 2.1.6;</li></ul>
--	--	--	--

				б) при нарушении сроков начала, окончания и возобновления очередного цикла химиотерапии – 2.1.7;
2.2.	Нарушение условий оказания скорой медицинской помощи, выразившееся в несоблюдении установленного программой обязательного медицинского страхования времени доезда бригады скорой медицинской помощи, при летальном исходе до приезда бригады скорой помощи.	1	3	<p>В соответствии с территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи время доезда до пациента бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме не должно превышать 20 минут с момента ее вызова для населенных пунктов Пермского края с численностью населения 10 тысяч человек и более. Для населенных пунктов Пермского края с численностью населения менее 10 тысяч человек время доезда до пациента бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме с момента ее вызова и с учетом транспортной доступности, плотности населения, а также климатических и географических особенностей Пермского края может составлять:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>до 40 минут с момента ее вызова при расстоянии от 20 до 40 километров от отделения (подстанции) скорой медицинской помощи до места нахождения пациента;</li> <li>до 60 минут с момента ее вызова при расстоянии от 41 до 60 километров от отделения (подстанции) скорой медицинской помощи до места нахождения пациента;</li> <li>до 90 минут с момента ее вызова при расстоянии свыше 61 километра от отделения (подстанции) скорой медицинской помощи до</li> </ul>

				<p>места нахождения пациента.</p> <p>При определении форм оказания скорой медицинской помощи (экстренной или неотложной) применяются поводы для вызова скорой медицинской помощи в соответствии с Порядком оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.06.2013 № 388н.</p>
2.7.	<p>Представление в реестрах счетов повторных случаев госпитализации застрахованного лица по одному и тому же заболеванию с длительностью три дня и менее (за исключением случаев, связанных с патологией беременности и родами) в течение четырнадцати календарных дней при оказании медицинской помощи в указанный период в амбулаторных условиях (за исключением случаев, при которых стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией).</p>	1	0,3	<p>Признаком повторности является:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- совпадение кодов основных заболеваний по МКБ-10 по трем знакам;</li> <li>- если повторное заболевание является следствием прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания.</li> </ul> <p>Обязательна экспертиза первого, второго и всех последующих случаев оказания медицинской помощи, образующих пару. Санкции применяются к случаю, в котором допущены нарушения при оказании медицинской помощи, обусловившие повторное обоснованное обращение за медицинской помощью.</p>
2.8.	<p>Необоснованное представление в реестрах счетов случаев оказания застрахованному лицу медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в период пребывания в условиях круглосуточного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также</p>	1	0,3	

	консультаций в других медицинских организациях при экстренных и неотложных состояниях).			
2.9.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, входящую в базовую либо территориальную программу обязательного медицинского страхования, при оказании медицинской помощи в рамках базовой либо территориальной программы обязательного медицинского страхования.	0	1	Сто процентов возврат медицинской организацией застрахованному лицу необоснованно затраченных средств.
2.10.	Приобретение пациентом или его представителем в период оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.	0,5	0,5	Сто процентов возврат медицинской организацией застрахованному лицу необоснованно затраченных средств. Применяется также в случае использования медицинской организацией лекарственных препаратов, предоставленных пациентом или иной организацией, действующей в интересах пациента, из иных источников финансирования (за исключением оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях).
2.11.	Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.	0	0,6	

2.12.	<p>Непредставление медицинской документации, учетно-отчетной документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации, а также результатов внутреннего и внешнего контроля медицинской организации, безопасности оказания медицинской помощи без объективных причин в течение 10 рабочих дней после получения медицинской организацией соответствующего запроса от Федерального фонда обязательного медицинского страхования или территориального фонда обязательного медицинского страхования, или страховой медицинской организации, или специалиста-эксперта, эксперта качества медицинской помощи, действующего по их поручению.</p>	1	0	<p>При всех условиях оказания медицинской помощи при передаче первичной медицинской документации на экспертизу, МО может предоставлять копии этих документов, в том числе на электронных носителях информации с соблюдением конфиденциальности. Медицинская документация обязана предоставляться МО в установленные нормативными документами сроки.</p>
2.13.	<p>Отсутствие в документации (несоблюдение требований к оформлению) информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях.</p>	0,1	0	<p>Применяется также в случае оформления согласия не в соответствии с требованиями действующих нормативных правовых актов РФ, за исключением случаев объективной невозможности получения таких согласий застрахованного лица, при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи. В амбулаторно-поликлинических условиях при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи информированное добровольное</p>

			<p>согласие застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства оформляется в соответствии с приказом МЗ РФ от 20.12.2012 № 1177н.</p> <p>В амбулаторно-поликлинических условиях при оказании специализированной, консультативной медицинской помощи, в условиях круглосуточного стационара информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства оформляется в соответствии с приказом МО в случае отсутствия формы, утвержденной МЗ РФ (до утверждения федерального нормативного документа).</p> <p>Применяется при контроле случаев оказания медицинской помощи онкологическим больным при отсутствии в первичной медицинской документации информированного добровольного согласия пациента на определенное (химиотерапевтическое, хирургическое и т.д.) медицинское вмешательство (информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи) и на отказ от медицинского вмешательства в соответствии со статьей 20 Федерального закона № 323-ФЗ.</p>
--	--	--	---

2.14.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания; расхождение сведений об оказании медицинской помощи в различных разделах медицинской документации и (или) учетно-отчетной документации, запрошенной на проведение экспертизы).	0,5	0	<p>За исключением случаев исправлений, дописок, заверенных записью «исправленному верить», личной подписью (в стационарных и амбулаторных условиях) и печатью врача (при оказании амбулаторно-поликлинической помощи).</p> <p>Применение данного кода дефекта возможно при наличии перечисленных ниже признаков, явно искажающих сведения о проведенных лечебных и диагностических мероприятиях, клинической картине и влияющих на экспертную оценку случая:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- дописки – внесение текста в свободные места, приводящее к искажению формата документа и его структуры;</li> <li>- вклейки – наличие в медицинской документации дополнительных данных, в том числе бланков результатов лабораторных, инструментальных обследований, консультаций, не соответствующих сведениям, содержащимся в другой учетно-отчетной медицинской документации (журналы, карты учета и др.);</li> <li>- исправления (дат, текста, результатов анализов), внесение новых записей, поверх сделанных ранее, при несовпадении с данными в другой учетно-отчетной медицинской документации (журналы, талоны пациентов и др.);</li> <li>- полное переоформление (истории болезни, амбулаторной карты, карты вызова СМП) – несовпадение текста медицинской документации, либо его части, с копией данного документа, сделанного ранее;</li> </ul>
-------	--	-----	---	---



				<p>- подтверждения застрахованного лица о непредставлении услуг, включенных в реестр счетов на оплату медицинской помощи;</p> <p>- несоответствии информации, представленной в первичной медицинской документации, информации, отраженной в электронной медицинской карте (далее – ЭМК).</p> <p>При выявлении дефекта по данному коду дефекта рекомендуется делать копии медицинской документации для последующего подтверждения результатов экспертизы в порядке обжалования.</p> <p>При экспертизе и реэкспертизе может проводиться фото- и видеосъемка.</p>
2.15.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (в том числе, оказание медицинской помощи в период отпуска, обучения, командировок, выходных дней).	1	0	Не применяется в отношении записей лечащих врачей и заведующих отделениями, сделанных в картах стационарных больных (больных дневных стационаров) в нерабочее время врачей в связи с динамическим наблюдением за пациентом, которому ранее в рабочее время такими специалистами оказана медицинская помощь.
2.16.	Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:			
2.16.1.	оплаченный случай оказания медицинской помощи не соответствует тарифу, установленному законодательством об обязательном медицинском страховании;	0,1	0,3	<i>(в редакции изменений от 28.04.2023 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.05.2023)</i>

2.16.2.	включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу.	1	1	Снимается стоимость услуги при отсутствии сведений в медицинской документации на бумажном носителе и/или в ЭМК: когда в ЭМК создан новый случай оказания медицинской помощи, но отсутствуют описание услуги, результаты обследования
2.16.3.	Некорректное (неполное) отражение в реестре счета сведений медицинской документации	1		Применяется к случаям, когда некорректное или неполное отражение в реестре счета сведений медицинской документации позволило получить оплату медицинской помощи на условиях, не предусмотренных ТП ОМС Пермского края (например, выполнение услуги, не входящей в ТП ОМС, с предъявлением к оплате другой услуги, входящей в ТП ОМС; искажение сведений о лечащем враче, если лечащий врач не имеет необходимой аккредитации; изменение даты оказания МП для исключения пересечения случаев оказания МП и т.п.)
2.17.	Отсутствие в карте стационарного больного протокола врачебной комиссии в случаях назначения застрахованному лицу лекарственного препарата, не входящего в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.	0	0,3	
2.18.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной либо базовой программой обязательного медицинского страхования.	0	0,3	

<b>Раздел 3. Нарушения, выявляемые при проведении экспертизы качества медицинской помощи</b>				
3.1.	Установление неверного диагноза, связанное с невыполнением, несвоевременным или ненадлежащим выполнением необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе по результатам проведенного диспансерного наблюдения, с учетом рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:			
3.1.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	0	
3.1.2.	приведшее к удлинению или укорочению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,3	0	
3.1.3.	приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания;	0,4	0,3	
3.1.4.	приведшее к инвалидизации;	0,9	1	
3.1.5.	приведшее к летальному исходу (в том числе при наличии расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов);	1	3	
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических			

	рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе по результатам проведенного диспансерного наблюдения, рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:			
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	0	<p>Применяется, в том числе, в случаях невыполнения установленного объема диспансеризации определенных групп взрослого населения, медицинского осмотра несовершеннолетних, отсутствия направления на 2 этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, неверного определения группы здоровья при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения, медицинского осмотра несовершеннолетних.</p> <p>В целях исполнения поручения Заместителя Председателя Правительства РФ Т.А. Голиковой от 29.06.2019 № ТГ-П12-5418, согласно письму ФФОМС от 16.12.2019 № 17227/30-1/и при сдаче СМО отчетности о результатах контроля по случаям профилактических медицинских осмотров и диспансеризации (I этап) взрослого населения, СМО дополнительно указывают код дефекта с уточнением в последнем знаке по случаям непроведения:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- исследования кала на скрытую кровь иммунохимическим методом – 3.2.1.4;</li> <li>- маммографии обеих молочных желез в двух проекциях – 3.2.1.5;</li> <li>- цитологического исследования мазка с шейки матки – 3.2.1.6;</li> <li>- определения простатспецифического антигена</li> </ul>

			<p>(ПСА) в крови - 3.2.1.7;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- осмотра на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающего осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов - 3.2.1.8;</li> <li>- эзофагогастродуоденоскопии - 3.2.1.9;</li> <li>- иных медицинских услуг - 3.2.1.10.</li> </ul> <p>В целях исполнения поручения ФФОМС, направленного письмом от 24.12.2019 № 17649/30-1/и, при сдаче СМО отчетности о результатах контроля по случаям диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, СМО дополнительно указывают код дефекта с уточнением в последнем знаке по случаям:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- отсутствие в заключениях о состоянии здоровья детей рекомендаций по их дальнейшему лечению реабилитационным мероприятиям, либо даны не в полном объеме – 3.2.1.11;</li> <li>- отсутствие осмотра врача-педиатра - 3.2.1.12;</li> <li>- отсутствие осмотра врача-невролога - 3.2.1.13;</li> <li>- отсутствие осмотра врача-офтальмолога - 3.2.1.14;</li> <li>- отсутствие осмотра врача-детского хирурга - 3.2.1.15;</li> </ul>
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- отсутствие осмотра врача-оториноларинголога - 3.2.1.16;</li> <li>- отсутствие осмотра врача-акушера-гинеколога - 3.2.1.17;</li> <li>- отсутствие осмотра врача-травматолога-ортопеда - 3.2.1.18;</li> <li>- отсутствие осмотра врача-психиатра детского - 3.2.1.19;</li> <li>- отсутствие осмотра врача-детского уролога-андролога - 3.2.1.20;</li> <li>- отсутствие осмотра врача-стоматолога детского - 3.2.1.21;</li> <li>- отсутствие осмотра врача-детского эндокринолога - 3.2.1.22;</li> <li>- отсутствие осмотра врача-психиатра подросткового - 3.2.1.23;</li> <li>- отсутствие клинического анализа крови - 3.2.1.24;</li> <li>- отсутствие клинического анализа мочи - 3.2.1.25;</li> <li>- отсутствие исследования уровня глюкозы в крови - 3.2.1.26;</li> <li>- отсутствие электрокардиографии - 3.2.1.27;</li> <li>- отсутствие флюорографии - 3.2.1.28;</li> <li>- отсутствие УЗИ органов брюшной полости, сердца, щитовидной железы, органов репродуктивной сферы и тазобедренных суставов - 3.2.1.29;</li> <li>- отсутствие нейросонографии - 3.2.1.30».</li> <li>- нарушение порядка составления календарного плана диспансеризации – 3.2.1.31;</li> <li>- нарушение сроков проведения диспансеризации – 3.2.1.32».</li> </ul> <p>При оценке объема выполненных</p>
--	--	--	--

			<p>диагностических мероприятий учитываются исследования (лабораторные, инструментальные), проведенные на предыдущем этапе.</p> <p>Код дефекта применяется также в случаях, когда диагноз по результатам ЭКМП подтвержден, но имеются факты:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- невыполнения, несвоевременного или ненадлежащего выполнения обязательных исследований (с частотой предоставления 1) и/или исследований, не входящих в перечень обязательных (с частотой предоставления &lt;1), но необходимых конкретному пациенту для постановки полного, достоверного и своевременного диагноза в соответствии со стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения), выполненными в стационаре и/или догоспитальном этапе (с отражением в истории болезни метода исследования, места исследования, даты, результата);</li> <li>- неназначения, несвоевременного назначения, либо назначения препаратов в неадекватной для конкретного пациента суточной и/или курсовой дозе, несоблюдение критериев их назначения, влияющие на достижение критериев качества (в соответствии со стандартами медицинской помощи основного заболевания, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом сопутствующей патологии, непосредственно влияющей на течение основного заболевания).</li> </ul> <p>Применяется ЭКМП случаев оказания медицинской помощи онкологическим больным</p>
--	--	--	--

				<p>при отсутствии расчета разовой дозы химиотерапевтического препарата, обоснования режима химиотерапии, способа и кратности введения лекарственного препарата, длительности курса и обоснования назначения конкретного лекарственного средства или их комбинаций, предусмотренных клиническими рекомендациями, а также с отсутствием рекомендаций о конкретной дате явки для последующего курса химиотерапии, рекомендаций проведения контрольных лабораторных и инструментальных исследований и сроках их проведения. Применяется при непроведении диспансерного наблюдения лиц, страдающих хроническими заболеваниями, подлежащих наблюдению; отсутствии плана диспансерного наблюдения; отсутствии рекомендаций о дате следующей явки для диспансерного осмотра.</p>
3.2.2.	<p>приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);</p>	0,4	0,3	<p>Применяется также при контроле случаев оказания медицинской помощи онкологическим больным при выявлении нарушений, связанных с: введением химиопрепарата в дозе, не соответствующей расчету по площади поверхности тела или массе тела пациента, предусмотренному действующими клиническими рекомендациями Ассоциации онкологов России; необоснованными объективными причинами нарушений дозо-интервальных требований Клинических рекомендаций; отсутствием полноценной и своевременной поддерживающей терапии и терапии, направленной на профилактику</p>



			<p>осложнений химиотерапии; невыполнением требований своевременности начала, окончания и возобновления очередного цикла введения химиопрепаратов (гормонотерапии, таргетной терапии) или лучевой терапии, предусмотренных Клиническими рекомендациями Ассоциации онкологов России; несоблюдением сроков лечения курсами химиотерапии; отсутствием данных о коррекции сопутствующих заболеваний; невыполнением показанных контрольных лабораторных и инструментальных исследований.</p> <p>В целях исполнения поручения Министра здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцовой, направленного письмом ФОМС от 06.03.2017 № 2694/30-1/и «О проведении тематических экспертиз качества медицинской помощи, оказанной пациентам со злокачественными новообразованиями, сопровождающимися выраженным болевым синдромом», при сдаче СМО отчетности о результатах контроля по следующим случаям, СМО дополнительно указывают код дефекта с уточнением в последнем знаке:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- по случаям несвоевременного назначения сильнодействующих (наркотических) препаратов – 3.2.2.1;</li> <li>- по случаям неназначения сильнодействующих (наркотических) препаратов – 3.2.2.2;</li> <li>- по случаям несвоевременного оформления рецептов на сильнодействующие (наркотические) препараты – 3.2.2.3.</li> </ul>
--	--	--	---

3.2.3.	приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,9	1	
3.2.4.	приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	1	3	<p>В связи с поручением заместителя председателя Правительства РФ О.Ю. Голодец от 01.10.2015 № ОГ-П-12-6720 о ежеквартальном предоставлении информации по случаям оказания медицинской помощи, закончившихся летальным исходом, обусловленным дефектами оказания МП на этапе диагностики, при сдаче СМО отчетности о результатах контроля по следующим случаям, СМО дополнительно указывают кода дефекта с уточнением в последнем знаке:</p> <p>по случаям с непроведением или несвоевременным проведением исследований КТ – 3.2.4.1, МРТ – 3.2.4.2, ангиографии – 3.2.4.3, лучевой терапии – 3.2.4.4, прочие нарушения использования дорогостоящего оборудования – 3.2.4.5.</p>
3.2.5.	рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении указанными центрами консультаций/консилиумов с применением консультаций с применением телемедицинских технологий, при	0,9	1	

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

	того же заболевания в течение четырнадцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, тридцати дней стационарно (повторная госпитализация).			
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в оказании медицинской помощи (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков оказания медицинской помощи и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	0,8	1	<p>Применяется с учетом нормативных правовых актов Российской Федерации и Пермского края, регламентирующих маршрутизацию пациентов, а в случае их отсутствия и при невозможности оказания медицинской помощи в данной МО в соответствии со стандартами, порядками и клиническими рекомендациями (протоколами лечения) - при ненаправлении нуждающегося пациента на другой этап лечения, в другую медицинскую организацию, где ему может быть оказана соответствующая медицинская помощь. Не применяется в случаях невозможности перевода пациентов (нетранспортабельность, тяжесть состояния, отказ пациента).</p> <p>Применяется также при контроле случаев оказания медицинской помощи онкологическим больным при: отсутствии перевода или несвоевременном переводе онкобольного в отделение другого профиля/медицинскую организацию более высокого уровня в соответствии с показаниями; нарушении этапности лечения онкологического заболевания в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями; отсутствии назначения рекомендованных на более раннем этапе лечения диагностических и (или) лечебных мероприятий по данным выписного</p>

				эпикриза в соответствии с показаниями
3.7.	Госпитализация застрахованного лица в плановой или неотложной форме с нарушением требований к профильности оказанной медицинской помощи (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации в неотложной и экстренной форме с последующим переводом в течение суток в профильные медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций).	1	0,3	Не применяется в случаях невозможности перевода пациента на другой профиль в виду отказа пациента, тяжести состояния, отказа принимающей МО с занесением в первичную медицинскую документацию соответствующей записи
3.8.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре, отсутствие пациента в медицинской организации на дату проверки.	1	0,3	Применяется также при контроле случаев оказания медицинской помощи онкологическим больным при необоснованной госпитализации в круглосуточный стационар, медицинская помощь могла быть предоставлена в условиях дневного стационара.
3.9.	Необоснованное повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании медицинской помощи амбулаторно, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях, в связи с выпиской лекарственных препаратов группам населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей бесплатно и с 50-	1	0,3	

	процентной скидкой, наблюдения беременных женщин, посещениях, связанных с выдачей справок и иных медицинских документов.			
3.10.	Наличие расхождений клинического и патолого-анатомического диагнозов 2-3 категории, обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований (за исключением оказания медицинской помощи в экстренной форме).	0,9	0,5	
3.11.	Отсутствие в медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи.	0,5	0	
3.12.	Нарушение прав застрахованных лиц на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, базовой программы обязательного медицинского страхования; на выбор врача.	0	0,3	
3.13.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение лекарственных препаратов со схожим фармакологическим действием; нерациональная лекарственная терапия, в том числе несоответствие дозировок,	0,5	0,6	Оценивается соответствие лекарственной терапии стандартам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения), инструкциям по применению лекарственных препаратов и устанавливается обоснование их назначения.

	кратности и длительности приема лекарственных препаратов с учетом стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций, связанные с риском для здоровья пациента.			
3.14.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программой обязательного медицинского страхования, в том числе:			
3.14.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;		1	
3.14.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья;		2	
3.14.3.	приведший к летальному исходу.		3	
3.15.	Непроведение диспансерного наблюдения застрахованного лица (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения), включенного в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в указанный порядок исследований, в том числе:			
3.15.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;		1	
3.15.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения);		2	
3.15.3.	приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа		3	

	застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения).			
--	--	--	--	--

-----  
<\*> Использовать в т.ч. в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».