**Дополнительное соглашение № 5/771-ОМС**

**к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 30 декабря 2020 года № 771-ОМС**

24 мая 2021 года

Министерство здравоохранения Челябинской области в лице:

- Министра здравоохранения Челябинской области Семенова Юрия Алексеевича,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Челябинской области в лице:

- директора Ткачевой Агаты Геннадьевны,

- заместителя директора по финансовым вопросам Мироновой Натальи Юрьевны,

Челябинский филиал общества с ограниченной ответственностью «АльфаСтрахование-ОМС», Полномочный представитель Всероссийского союза страховщиков по медицинскому страхованию в Челябинской области в лице Коноваленко Яны Александровны,

Общество с ограниченной ответственностью Страховая медицинская компания «АСТРА-МЕТАЛЛ» в лице исполнительного директора по медицинским проектам, связям с государственными органами и обеспечению бизнеса Ковтуна Александра Алексеевича,

Союз медицинского сообщества «Медицинская палата Челябинской области» в лице:

- председателя Альтмана Давида Шуровича,

- члена Союза Москвичевой Марины Геннадьевны,

Челябинская областная организация Профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации в лице:

- председателя Ковальчук Нины Петровны,

- главного специалиста по социально-экономическим вопросам Кинихиной Валентины Николаевны,

именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящее Дополнительное соглашение к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 30 декабря 2020 года № 771-ОМС (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем:

1. В раздел I «Общие положения» внести следующие изменения:

1.1. Абзац 18 дополнить текстом следующего содержания: «от 19.03.2021   
№ 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» (далее -приказ Минздрава РФ от 19.03.2021 № 231н),».

1.2. Абзац 19 исключить.

1.3. Абзац 21 дополнить текстом следующего содержания: «от 13.05.2021   
№ 606 «Об организации деятельности специализированных мобильных медицинских бригад для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилю «офтальмология» населению муниципальных образований Челябинской области» (далее - приказ Минздрава Челябинской области от 13.05.2021 № 606),».

1.4. В пункт 4 внести следующие изменения:

1.4.1. Абзац 2 изложить в новой редакции: «Оплата медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области (далее – Тарифы на оплату медицинской помощи) на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Челябинской области (далее – Комиссия), в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, а также ее финансового обеспечения, в соответствии с порядком, установленным Правилами ОМС, с учетом разделов II, IV настоящего Тарифного соглашения.».

1.4.2. Абзац 6 изложить в новой редакции: «осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, а также ее финансового обеспечения, в соответствии с порядком, установленным Правилами ОМС, с учетом разделов II, IV настоящего Тарифного соглашения.».

2. В раздел II «Способы оплаты медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области» внести следующие изменения:

2.1. Абзац 8 пункта 2 изложить в новой редакции: «- за законченный случай лечения заболевания при оказании стационарной специализированной медицинской помощи сверх базовой программы ОМС пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями (коронарография) по профилям медицинской помощи «кардиология», «сердечно-сосудистая хирургия».».

2.2. В главу 1 «Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях» внести следующие изменения:

2.2.1. Абзац 1 пункта 1.2.11.1 изложить в новой редакции: «1.2.11.1. Оплата плановой первичной специализированной медико-санитарной помощи с лечебно-диагностической целью, оказанной застрахованному населению муниципальных образований Челябинской области выездными специализированными бригадами ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», ГБУЗ «Челябинская областная детская клиническая больница», ГБУЗ «Областной перинатальный центр», ГБУЗ «Челябинский областной кардиологический диспансер», ГАУЗ «Центр охраны материнства и детства г. Магнитогорск», ГАУЗ «Городская больница № 3 г.Магнитогорск», ООО «Медицинская Организация» Оптик-Центр», МАУЗ Городская клиническая больница № 11, ГАУЗ «Городская больница № 1 им. Г.И. Дробышева г.Магнитогорск», АНО «Центральная клиническая медико-санитарная часть», организованными в соответствии с приказами Минздрава Челябинской области от 17.08.2017 № 1528, от 13.05.2021 № 606 осуществляется по установленным тарифам на оплату медицинской помощи в соответствии с приложением 9/3 к Тарифному соглашению.».

2.2.2. Абзац 9 пункта 1.2.16.1 изложить в новой редакции: «Стоимость 1 УЕТ установлена таблицей 1 приложения 10 к Тарифному соглашению. Количество УЕТ оказанных медицинских услуг в посещении формируется в соответствии с таблицей 1 приложения 6 к Тарифному соглашению.».

2.2.3. Пункты 1.2.16.2-1.2.16.4 изложить в новой редакции: «1.2.16.2. Стоматологическая медицинская помощь, оказанная в кабинетах при стационарах всех типов, в счет на оплату медицинской помощи амбулаторно-поликлинических подразделений медицинской организации, финансируемой СМО, не включается.

1.2.16.3. Оплата стоматологической медицинской помощи, оказанной в рамках дополнительных объемов амбулаторной медицинской помощи по решениям врачебной комиссии сверх базовой программы ОМС, осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 24.12.2020 № 2382 «Об организации отбора и направления на льготное зубопротезирование отдельных категорий граждан» (далее – стоматологическая помощь в рамках сверх базовой программы ОМС).

1.2.16.3.1. Оплата стоматологической помощи в рамках сверх базовой программы ОМС, оказанной ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 1   
г. Магнитогорск», ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 2 г. Магнитогорск», ГБУЗ «Областная стоматологическая поликлиника» осуществляется в рамках утвержденных бюджетных ассигнований за законченный случай лечения заболевания по коду МКБ-10 К08.1 «Потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни» с кратностью от 2-х посещений.

1.2.16.3.2. Стоимость 1 УЕТ установлена таблицей 2 приложения 10 к Тарифному соглашению. Количество УЕТ оказанных медицинских услуг в обращении формируется в соответствии с таблицей 2 приложения 6 к Тарифному соглашению.

1.2.16.4. Объемы стоматологической медицинской помощи учитываются в обращениях, посещениях и в УЕТ. Учет посещений осуществляется в соответствии с инструкцией по заполнению учетной формы № 039/у-02, утвержденной приказом Минздрава РФ от 13.11.2003 № 545. Учет УЕТ осуществляется в соответствии с приложением 6 к Тарифному соглашению.

В целях персонифицированного учета посещений, обращений, подлежащих оплате по ОМС, заполняется учетная форма № [025-1/у](consultantplus://offline/main?base=LAW;n=50735;fld=134;dst=100078) «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утвержденная приказом Минздрава РФ от 15.12.2014 № 834н.».

2.3. В главу 2 «Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях» внести следующие изменений:

2.3.1. В абзаце 13 пункта 2.1.11 слова «ФФОМС от 28.02.2019 № 36» заменить словами «Минздрава РФ от 19.03.2021 № 231н».

2.3.2. Пункт 2.3.4 изложить в новой редакции: «2.3.4. Оплата стационарной специализированной медицинской помощи, оказанной в рамках сверх базовой программы ОМС взрослому застрахованному населению с сердечно-сосудистыми заболеваниями (коронарография).».

2.3.3. Абзацы 1, 2 пункта 2.3.4.1 изложить в новой редакции: «Для оплаты случаев оказания стационарной специализированной медицинской помощи взрослому застрахованному населению с сердечно-сосудистыми заболеваниями (коронарография) обязательным условием является указание комбинации классификационных критериев: кода медицинской услуги A06.10.006 «Коронарография» и кодов по МКБ 10: I05, I06, I07, I08, I09, I11, I12, I20 (за исключением I20.0), I25, I26, I27 (за исключением I27.2), I28, I31, I34, I35, I36, I37, I38, I39, I42, I43, I44.0-I44.7, I45.1-I45.6, I45.8, I45.9, I46, I47.0-I47.2, I47.9, I48.0-I48.4, I48.9, I49, I50, I51, I70.0-I70.2, I70.8, I70.9, I71, I72 (за исключением I72.5, I72.6), I73, I74, I77, I78, I79, I80, I82, I83, I85, Q20, Q21, Q22, Q23, Q24 (за исключением Q24.6), Q25, Q26, Q27, Q28, R00, R07.2, R07.4, T81 (за исключением T81.1, T81.3), T82.

Оплата случаев оказания стационарной медицинской помощи взрослому застрахованному населению с сердечно-сосудистыми заболеваниями (коронарография) осуществляется в пределах утвержденных бюджетных ассигнований следующим медицинским организациям:».

2.3.4. Пункт 2.3.4.2 изложить в новой редакции: «2.3.4.2. Оплата стационарной специализированной медицинской помощи, оказанной взрослому застрахованному населению с сердечно-сосудистыми заболеваниями (коронарография) производится по тарифам «Сосудистой хирургии (коронарография)», «Кардиологические (коронарография)» в размере 100% стоимости законченного случая лечения, в том числе прерванные случаи оказания медицинской помощи (сверх базовой программы ОМС).».

2.4. В абзаце 6 пункта 3.10 главы 3 «Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара» слова «ФФОМС от 28.02.2019 № 36» заменить словами «Минздрава РФ от 19.03.2021 № 231н».

3. В главу 2 «Размер тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях» раздела III «Тарифы на оплату медицинской помощи» внести следующие изменения:

3.1. В пункт 2.1 внести следующие изменения:

3.1.1. В абзаце 1 цифры «40 361,31» заменить цифрами «40 364,93».

3.1.2. В абзаце 2 цифры «26 234,85» заменить цифрами «26 237,20», цифры «23 571,29» заменить цифрами «23 573,41».

3.2. Пункт 2.17 изложить в новой редакции: «Тарифы на оплату стационарной специализированной медицинской помощи, оказанной взрослому застрахованному населению c сердечно-сосудистыми заболеваниями (коронарография) сверх базовой программы ОМС «Сосудистой хирургии (коронарография)», «Кардиологические (коронарография)» за законченный случай лечения заболевания установлены в размере 25 610,42 рублей.».

4. Раздел IV изложить в новой редакции:

**Раздел IV Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества**

| Код нарушения/дефекта | Перечень оснований | СУММА  НЕ ПОДЛЕЖАЩАЯ ОПЛАТЕ | РАЗМЕР  ШТРАФА\* |
| --- | --- | --- | --- |
| **РАЗДЕЛ 1. НАРУШЕНИЯ, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ** | | | |
| 1.1. | Нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения. |  | 30 процентов размера подушевого норматива финансирования\* |
| 1.2. | Невключение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения. |  |  |
| 1.3. | Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации для оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной форме на койки терапевтического и хирургического профилей. | 60 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 1.4. | Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе: | | |
| 1.4.1. | наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета; | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 1.4.2. | сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов; | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 1.4.3. | наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению, в том числе отсутствие указаний о включении в группу диспансерного наблюдения лица, которому установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение, отсутствие сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи по данным персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и (или) о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам; | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 1.4.4. | некорректное заполнение полей реестра счетов; | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 1.4.5. | заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку); | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 1.4.6. | дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты; | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 1.5. | Введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (включая ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе); | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 1.6. | Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в программу обязательного медицинского страхования, в том числе: | | |
| 1.6.1. | включение в реестр счетов видов медицинской помощи, а также заболеваний и состояний, не входящих в программу обязательного медицинского страхования; | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 1.6.2. | предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования; | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 1.6.3. | предъявление к оплате медицинской помощи сверх размера финансового обеспечения распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования; |  |  |
| 1.6.4. | включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования, в том числе тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования, медицинских услуг, оказываемой частными медицинскими организациями в рамках пилотного проекта по вовлечению частных медицинских организаций в оказание медико-социальных услуг лицам в возрасте 65 лет и старше, являющимся гражданами Российской Федерации, в том числе проживающим в сельской местности. | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 1.7. | Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе: | | |
| 1.7.1. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении; | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 1.7.2. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении. | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 1.8. | Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности, в том числе с нарушением лицензионных требований: | | |
| 1.8.1. | включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации; | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 1.8.2. | предоставление реестров счетов в случае прекращения действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности; | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 1.8.3. | предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: в том числе, данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности (на основании информации лицензирующих органов). | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 1.9. | Включение в реестр счетов страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации специалиста по профилю оказания медицинской помощи. | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 1.10. | Нарушения, связанные с повторным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе: | | |
| 1.10.1. | позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее); | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 1.10.2. | дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре; | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 1.10.3. | стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией; | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 1.10.4. | стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию. | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 1.10.5. | включение в реестр счетов медицинской помощи, оказанной амбулаторно, в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также оказания медицинской помощи (консультаций) в других медицинских организациях в экстренной и неотложной форме); | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 1.10.6. | включение в реестр счетов нескольких страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана застрахованному лицу стационарно в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения. | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| **РАЗДЕЛ 2. НАРУШЕНИЯ, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ** | | | |
| 2.1. | Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования; |  | 30 процентов размера подушевого норматива финансирования\* |
| 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. |  | 30 процентов размера подушевого норматива финансирования\* |
| 2.3. | Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, в том числе: | | |
| 2.3.1. | с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья; |  | 100 процентов размера подушевого норматива финансирования\* |
| 2.3.2. | с последующим ухудшением состояния здоровья; |  | 300 процентов размера подушевого норматива финансирования\* |
| 2.3.3. | приведший к летальному исходу. |  |  |
| 2.4. | Несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения застрахованного лица, которому по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение |  | 30 процентов размера подушевого норматива финансирования\* |
| 2.5. | Непроведение диспансерного наблюдения застрахованного лица (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения), включенного в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований, в том числе: | | |
| 2.5.1. | с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья; |  |  |
| 2.5.2. | с последующим ухудшением состояния здоровья (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения); |  |  |
| 2.5.3. | приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения). |  |  |
| 2.6. | Предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: в том числе, данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности (по факту выявления, с учетом информации лицензирующих органов). | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 2.7. | Представление в реестрах счетов повторных случаев госпитализации застрахованного лица по одному и тому же заболеванию с длительностью три дня и менее 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). |  |  |
| 2.8. | Необоснованное представление в реестрах счетов случаев оказания застрахованному лицу медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в период пребывания в условиях круглосуточного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях при экстренных и неотложных состояниях). | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 2.9. | Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, входящую в базовую либо территориальную программу обязательного медицинского страхования, при оказании медицинской помощи в рамках базовой либо территориальной программы обязательного медицинского страхования. | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 100 процентов размера подушевого норматива финансирования\* |
| 2.10. | Приобретение пациентом или его представителем в период оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, и/или использование медицинской организацией лекарственных препаратов, предоставленных пациентом или иной организацией, действующей в интересах пациента, из иных источников финансирования (за исключением оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях). | 50 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 50 процентов размера подушевого норматива финансирования\* |
| 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. | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 2.12. | Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин в течение 5 рабочих дней после получения медицинской организацией соответствующего запроса от Федерального фонда или территориального фонда или страховой медицинской организации. | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 100 процентов размера подушевого норматива финансирования\* |
| 2.13. | Отсутствие в документации (несоблюдение требований к оформлению) информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях. | 10 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 2.14. | Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятий, клинической картине заболевания; расхождение сведений об оказании медицинской помощи в различных разделах медицинской документации и/или учетно-отчетной документации, запрошенной на проведение экспертизы). | 50 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 2.15. | Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует табелю учета рабочего времени врача (в том числе, оказание медицинской помощи в период отпуска, обучения, командировок, выходных дней). | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 2.16. | Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе: | | |
| 2.16.1. | оплаченный случай оказания медицинской помощи выше тарифа, установленного тарифным соглашением; |  | 30 процентов размера подушевого норматива финансирования\* |
| 2.16.2. | включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу. | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 100 процентов размера подушевого норматива финансирования\* |
| 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. |  |  |
| 2.18. | Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной либо базовой программой обязательного медицинского страхования. |  | 30 процентов размера подушевого норматива финансирования\* |
| **РАЗДЕЛ 3 НАРУШЕНИЯ, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ** | | | |
| 3.1. | Установление неверного диагноза, связанное с отсутствием обоснования клинического диагноза в первичной медицинской документации или несоответствие результатов обследования клиническому диагнозу: | | |
| 3.1.1. | не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица; |  |  |
| 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; |  |  |
| 3.1.3. | приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания; |  |  |
| 3.1.4. | приведшее к инвалидизации; |  |  |
| 3.1.5. | приведшее к летальному исходу (в том числе при наличии расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов); |  |  |
| 3.2. | Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе по результатам проведенного диспансерного наблюдения, рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий: | | |
| 3.2.1. | не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица; | 10 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 3.2.2. | приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях); | 40 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 3.2.3. | приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях); | 90 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 100 процентов размера подушевого норматива финансирования\* |
| 3.2.4. | приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях); | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 300 процентов размера подушевого норматива финансирования\* |
| 3.2.5. | рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении указанными центрами консультаций/консилиумов с применением консультаций с применением телемедицинских технологий, при необоснованном невыполнении данных рекомендаций; |  |  |
| 3.2.6. | по результатам проведенного диспансерного наблюдения |  |  |
| 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. |  |  |
| 3.4. | Преждевременное с клинической точки зрения прекращение оказания медицинской помощи при отсутствии клинического эффекта (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях). | 50 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 3.5. | Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, преждевременная выписка из медицинской организации), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение четырнадцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, тридцати дней стационарно (повторная госпитализация). | 30 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 3.6. | Нарушение по вине медицинской организации преемственности в оказании медицинской помощи (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков оказания медицинской помощи и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица. | 80 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 100 процентов размера подушевого норматива финансирования\* |
| 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). | 60 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 3.8. | Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре, отсутствие пациента в медицинской организации на дату проверки. | 70 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 30 процентов размера подушевого норматива финансирования\* |
| 3.9. | Необоснованное повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании медицинской помощи амбулаторно, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях, в связи с выпиской лекарственных препаратов группам населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей бесплатно и с 50-процентной скидкой, наблюдения беременных женщин, посещений, связанных с выдачей справок и иных медицинских документов. |  |  |
| 3.10. | Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований в связи с несоответствием оснащения медицинской организации (структурного подразделения медицинской организации) | 90 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 100 процентов размера подушевого норматива финансирования\* |
| 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. | 10 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 3.12. | Нарушение прав застрахованных лиц на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, базовой программы обязательного медицинского страхования; на выбор врача. |  | 30 процентов размера подушевого норматива финансирования\* |
| 3.13. | Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение лекарственных препаратов со схожим фармакологическим действием; нерациональная лекарственная терапия, в том числе несоответствие дозировок, кратности и длительности приема лекарственных препаратов клиническим рекомендациям и стандартам медицинской помощи, связанные с риском для здоровья пациента. | 30 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |

\* Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества рассчитывается:

1. при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях от базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях:

1.1. для медицинских организаций Челябинской области (за исключением медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований (ЗАТО), подведомственных ФМБА) – 2 539,78 рублей на год;

1.2. для медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований (ЗАТО), подведомственных ФМБА:

- «Клиническая больница № 71 ФМБА» г.Озерск, ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 15 ФМБА» г.Снежинск - 2 781,11 рублей на год;

- ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 72 ФМБА» г.Трехгорный – 2 620,22 рублей на год,

установленного на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с [порядком](consultantplus://offline/ref=2A491A287E19A2E3E983F2191FD17D3B4F11C358186D8C382C292DDCB3DAD24A33C517C2B0824CC5E3288EAC56C1B15F983538B49859028AmCjCI) организации и проведения контроля,

2. при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации от базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации:

2.1. для медицинских организаций Челябинской области (за исключением медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований (ЗАТО), подведомственных ФМБА) - 828,62 рублей на год;

2.2. для медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований (ЗАТО), подведомственных ФМБА:

- «Клиническая больница № 71 ФМБА» г.Озерск, ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 15 ФМБА» г.Снежинск- 907,35 рублей на год;

- ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 72 ФМБА» г.Трехгорный - 854,86 рублей на год,

установленного на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля,

3. при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара от подушевого норматива финансирования, установленного в соответствии с территориальной программой на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля.

5. Приложение 6, в том числе наименование, изложить в новой редакции (приложение 1).

6. В графе 5 пунктов 244, 330-337 приложения 7/1 «Перечень КСГ, размер коэффициентов относительной затратоемкости, коэффициентов специфики, используемых при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях» цифры 0,8 заменить цифрами «1,0».

7. Таблицу 2 «Тарифы на оплату дополнительных объемов амбулаторной медицинской помощи по решениям врачебной комиссии сверх базовой программы ОМС» приложения 10 изложить в новой редакции (приложение 2).

8. Настоящее Дополнительное соглашение к Тарифному соглашению вступает в силу с даты его подписания за исключением пунктов, подпунктов, приложений, для которых настоящим пунктом установлены иные сроки вступления в силу:

- подпункты 1.1, 1.2 пункта 1,подпункт 2.3.1 пункта 2,подпункт 2.4 пункта 2действуют **с 25 мая 2021 года;**

- подпункт 1.3 пункта 1,подпункты 2.1, 2.2, 2.3.2-2.3.4 пункта 2,подпункты 3.1, 3.2 пункта 3, пункт 4, пункт 6, приложения 1,2 действуют **с 01 июня 2021 года.**