|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 11  к Тарифному соглашению по оплате медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Кировской области на 2022 год  от 25.01.2022 |

**Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размер штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества**

| Код нарушения/ дефекта согласно Порядку проведения контроля1 | Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) | Финансовые санкции (С)2 | |
| --- | --- | --- | --- |
| коэффициент для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи  (Кно) | коэффициент для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества  (Кшт) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| **Раздел 1. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономического контроля**3 | | | |
| 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 | 0 | 0,3 |
| 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 | 0 | 1 |
| 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 | 1 | 0,3 |
| 1.4. | Нарушения, связанные с 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 |
| 1.4.4. | Некорректное заполнение полей реестра счетов | 1 | 0 |
| 1.4.5. | Заявленная сумма по позиции реестра счетов некорректна (содержит арифметическую ошибку) | 1 | 0 |
| 1.4.6. | Дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты4 | 1 | 0 |
| 1.5. | Введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящих 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 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 решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования | 1 | 0 |
| 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 | 0 |
| 1.6.4. | Включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования, в том числе тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования Российской Федерации, медицинских услуг, оказываемых частными медицинскими организациями в рамках пилотного проекта по вовлечению частных медицинских организаций оказания медико-социальных услуг лицам в возрасте 65 лет и старше, являющимися гражданами Российской Федерации, в том числе проживающими в сельской местности | 1 | 0 |
| 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 | 1 | 0 |
| 1.7.2. | Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении | 1 | 0 |
| 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 | 1 | 0 |
| 1.8.2. | Предоставление реестров счетов в случае прекращения действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности | 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 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 (консультации) в других медицинских организациях в экстренной и неотложной форме) | 1 | 0 |
| 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 |
| **Раздел 2. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономической экспертизы** | | | |
| 2.1. | Нарушения сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования | 0 | 0,3 |
| 2.2. | Нарушение условий оказания скорой медицинской помощи, выразившееся в несоблюдении установленного программой обязательного медицинской страхования времени доезда бригады скорой медицинской помощи, при летальном исходе до приезда бригады скорой помощи | 1 | 3 |
| 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 | 0 | 1 |
| 2.3.2. | С последующим ухудшением состояния здоровья | 0 | 2 |
| 2.3.3. | Приведший к летальному исходу | 0 | 3 |
| 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 | 0 | 0,3 |
| 2.5. | Не проведение диспансерного наблюдение 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 соответствие с порядком и периодичности проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований, в том числе: | | |
| 2.5.1. | С отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья | 0 | 1 |
| 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) | 0 | 2 |
| 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) | 0 | 3 |
| 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) | 1 | 0 |
| 2.7. | Предоставление 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) | 1 | 0,3 |
| 2.8. | Необоснованное предоставление 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 так же консультации в других медицинских организациях при экстренных и неотложных состояниях) | 1 | 0,3 |
| 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 |
| 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,6 и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека,7 на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи. | 0,5 | 0,5 |
| 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. | Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин5 в течение 5 рабочих дней после получения медицинской организацией соответствующего запроса от Федерального фонда или территориального фонда или страховой медицинской организации | 1 | 0 |
| 2.13. | Отсутствие в документации (не соблюдение требований к оформлению) информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях8 | 0,1 | 0 |
| 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) | 0,5 | 0 |
| 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) | 1 | 0 |
| 2.16. | Несоответствие данных медицинской документации данным реестров счетов, в том числе: | | |
| 2.16.1. | Оплаченный случай оказания медицинской помощи выше тарифа, установленного тарифным соглашением3 | 0,1 | 0,3 |
| 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 |
| 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 |
| **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 | 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 |
| 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) | 0,4 | 0,3 |
| 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 |
| 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 | 0,9 | 1 |
| 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 |
| 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 стационарно (повторная госпитализация) | 0,3 | 0 |
| 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 |
| 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 подразделение медицинских организаций) | 1 | 0,3 |
| 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 |
| 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 | 1 | 0,3 |
| 3.10. | Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов, обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований в связи с несоответствием оснащения медицинской организации (структурного подразделения медицинской организации) | 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, кратности и длительности приема лекарственных препаратов клиническим рекомендациям и стандартам медицинской помощи, связанные с риском для здоровья пациента | 0,5 | 0,6 |

1 Порядок проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н (далее – Порядок проведения контроля).

2 Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

Н = РТ х Кно, где:

РТ – размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи (за исключением стоматологической медицинской помощи);

Размер неоплаты стоматологической медицинской помощи рассчитывается исходя из стоимости условной единицы трудоемкости (УЕТ), действующего на дату оказания медицинской помощи.

Размер тарифа медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (за исключением стоматологической медицинской помощи), равен тарифу посещения, комплексного посещения, тарифу обращения, тарифу услуги (диализ, медицинские исследования, консультации с применением телемедицинских технологий, консультативной помощи в кабинетах и центре медико-социальной поддержки беременных (доабортное консультирование беременных женщин) или тарифу законченного случая оказания медицинской помощи.

Размер тарифа медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного и дневного стационара, при законченном случае лечения, равен тарифу законченного случая лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу; при прерванном случае оказания медицинской помощи – стоимости тарифа прерванного случая лечения, рассчитанного в соответствии с пунктом 2.7 Правил оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Кировской области (приложение № 1 к Тарифному соглашению по оплате медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Кировской области на 2022 год от 25.01.2022).

Размер тарифа на один вызов скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования – 3029,05 руб.

Размер тарифа на один вызов скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, по страховым случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования – 2884,70 руб.

Размер тарифа скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, с проведением системного тромболизиса – 59432,51 руб.

Кно – коэффициент для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи.

Размер штрафа, применяемого к медицинской организации, за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Сшт) рассчитывается по формуле:

Сшт = РП x Кшт, где:

Сшт – размер штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

РП – установленный Тарифным соглашением по оплате медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Кировской области на 2022 год от 25.01.2022 на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемый в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, или подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, или подушевой норматив финансирования.

Кшт – коэффициент для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, в расчете на одно застрахованное лицо в год составляет 1015,60 руб.

Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, предусмотренный Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Кировской области на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов, утвержденной постановлением Правительства Кировской области от 30.12.2021 № 746-П (далее – Территориальная программа государственных гарантий) (за счет средств обязательного медицинского страхования), в расчете на одно застрахованное лицо составляет 3,62 руб.

Базовый амбулаторный подушевой норматив финансирования первичной медико-санитарной помощи составляет 2494,33 руб. на одно прикрепленное застрахованное лицо в год.

Подушевой норматив финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, рассчитанный в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 47,06 руб.

Базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц к данной медицинской организации по всем видам и условиям оказания медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год составляет 5493,47 руб.

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, предусмотренный Территориальной программой государственных гарантий (за счет средств обязательного медицинского страхования), в расчете на одно застрахованное лицо составляет 6251,99 руб., по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, составляет 14,44 руб.

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, предусмотренный Территориальной программой государственных гарантий (за счет средств обязательного медицинского страхования), в расчете на одно застрахованное лицо составляет 1487,57 руб;

Подушевой норматив финансирования паллиативной медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, предусмотренный Территориальной программой государственных гарантий (за счет средств обязательного медицинского страхования), в расчете на одно застрахованное лицо составляет 12,30 руб.

3 Финансовые санкции при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных, в условиях круглосуточного и дневного стационара, скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, на основе амбулаторного и полного подушевого норматива финансирования не применяются по нарушениям, указанным в разделе 1 (за исключением пунктов 1.8, 1.9) и в пункте 2.16.1 раздела 2 Размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размер штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

4 Отчетный период – это календарный месяц, указанный в реестре счетов (в реестре оказанной медицинской помощи).

5 Объективной причиной является изъятие документации уполномоченными органами, наличие официального запроса о выдаче медицинской документации от застрахованного лица (представителя), оформленного в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

6 Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 12.10.2019 № 2406-р.

7 Перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 31.12.2018 № 3053-р.

8 В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».