

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № 4

к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования
Республики Калмыкия на 2021 год

«29» июля 2021 г.

г. Элиста

Мы, нижеподписавшиеся представители сторон:

Министр здравоохранения
Республики Калмыкия

Кикенов Ю.В.

Директор Территориального фонда обязательного
медицинского страхования Республики Калмыкия

Якшибаев С.К.

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

Бадмаев Э.Л.

Председатель Калмыцкой Республиканской
организации Профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации

Манжикова Е.Н.

Председатель Региональной Общественной
организации «Врачебная палата
Республики Калмыкия»

Батырова З.С.

на основании протокола Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования от 29 июля 2021 г., образованной распоряжением Правительства Республики Калмыкия от 11.11.2011 г. № 265-р, пришли к соглашению внести в Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Республики Калмыкия на 2021 год (далее - Тарифное соглашение) следующие изменения:

1) часть 2.1 раздела 2 «Способы оплаты медицинской помощи», дополнить абзацами следующего содержания:

«В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 18.06.2021 № 927 «О внесении изменений в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» с 1 июля 2021 г. в дополнение к профилактическим осмотрам и диспансеризации граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), вправе пройти углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства по перечню, установленному Приложением № 28.

Оплата углубленной диспансеризации осуществляется за единицу объема медицинской помощи дополнительно к подушевому нормативу финансирования по тарифам установленным приложением № 28 к Тарифному соглашению

1. За комплексное посещение, включающее исследование и медицинские вмешательства: измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое

проведение спирометрии или спирографии, общий (клинический) анализ крови развернутый биохимический анализ крови (включая исследование уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определения активности аланинаминотрансферазы в крови, определения активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови).

2. За единицу объема в рамках проведения углубленной диспансеризации оплачиваются следующие исследования:

- тест с 6 минутной ходьбой;
- определение концентрации Д – димера в крови;
- проведение эхокардиографии в рамках II этапа углубленной диспансеризации;
- проведение компьютерной томографии легких в рамках II этапа углубленной диспансеризации;
- дуплексное сканирование вен нижних конечностей в рамках II этапа углубленной диспансеризации.

Оплата углубленной диспансеризации за комплексное посещение возможна в случае выполнения всех исследований и медицинских вмешательств, учитываемых при расчете стоимости комплексного посещения. В случае, если отдельные исследования и медицинские вмешательства, учитываемые при расчете стоимости комплексного посещения углубленной диспансеризации, не были выполнены, оплата такого случая дополнительно из средств межбюджетного трансферта не осуществляется.»;

2) Следующие приложения Тарифного соглашения изложить в новой редакции согласно настоящему дополнительному соглашению:

№ 1 - Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях

№ 8 – «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи»

№ 27 - «Перечень тарифов на лабораторные и диагностические услуги для межучрежденческих расчетов»;

3) Дополнить Тарифное соглашение приложением:

№ 28 «Тарифы по углубленной диспансеризации».

Настоящее Дополнительное соглашение вступает в действие с момента его подписания и распространяется на правоотношения, возникшие с 1 июля 2021 года по 31 декабря 2021 года.

(в редакции изменений, внесенных Дополнительным соглашением № 4 от 29.07.2021 г.)

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях

1.1 Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности медицинской организации

№ п/п	Наименование медицинской организации	1 уровень	2 уровень	3 уровень
1	БУ РК "Республиканский детский медицинский центр им. В. Д. Манджиевой"		+	
2	БУ РК "Городовиковская РБ"	+		
3	БУ РК "Ики-Бурульская РБ"	+		
4	БУ РК "Кетченеровская РБ"	+		
5	БУ РК "Лаганская РБ"			+
6	БУ РК "Малодербетовская РБ"	+		
7	БУ РК "Октябрьская РБ"	+		
8	БУ РК "Приютненская РБ"	+		
9	БУ РК "Сарпинская РБ"	+		
10	БУ РК "Черноземельская РБ им.У.Душана"	+		
11	БУ РК "Юстинская РБ"	+		
12	БУ РК "Яшалтинская РБ"	+		
13	БУ РК "Яшкульская РБ"	+		
14	БУ РК "Городская поликлиника"	+		

1.2 Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и не имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи

№	наименование медицинской организации	1 уровень	2 уровень	3 уровень
1	БУ РК "Республиканская больница им. П.П.Жемчужева"			+
2	БУ РК "Республиканский детский медицинский центр им. В. Д. Манджиевой"		+	
3	БУ РК "Республиканский центр специализированных видов медицинской помощи"		+	
4	БУ РК "Республиканский онкологический диспансер им.Э.С.Тимошкаевой"			+
5	АУ РК "Республиканская стоматологическая поликлиника"	+		
6	БУ РК "Республиканский центр специализированных видов медицинской помощи №2 "Сулда"		+	
7	БУ РК "Перинатальный центр им.О.А.Шунгаевой"		+	
8	БУ РК "Республиканский центр скорой медицинской помощи и медицины катастроф"	+		
9	Медицинский центр "Здоровье" ФГБОУ ВПО "КалмГУ"	+		
10	Элистинский филиал № 1 ООО "Северо-Кавказский нефрологический центр"	+		
11	ООО "Калмыцкий нефрологический центр"	+		
12	ООО "Стоматологическая клиника "Элисдент"	+		
13	ООО "Дентал плюс"	+		
14	ООО "Первая детская стоматология"	+		
15	ООО "Детский комплекс Надежда"	+		
16	ООО "ЗД КЛИНИКА"	+		
17	ООО МКДЦ "Детский Доктор"	+		
18	ООО "ПЭТ СКАН"	+		

(в редакции изменений, внесенных Дополнительным соглашением № 4 от 29.07.2021 г.)

ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВАНИЙ
ДЛЯ ОТКАЗА В ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
(УМЕНЬШЕНИЯ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ)

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества
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.	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	1	0,3

	и хирургического профилей.		
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
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, 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	1	0

	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.	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 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;	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	1	0

	случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации специалиста по профилю 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);	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
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.	Нарушение 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 медицинского 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 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;	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.	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	1	0,3

	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).	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 ¹ , и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека ² , 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).	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	0	0,6

	документации медицинской организации.		
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.	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 случаях ³ .	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 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
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
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;	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	0	0,3

	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.	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	0,4	0,3

	случаях);		
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	0,3	0

	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).		
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 подразделения 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	0,9	0,5

	несоответствием оснащения медицинской организации (структурного подразделения медицинской организации)		
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

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

$$H = PT \times K_{\text{но}}$$

где:

Н - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

PT - размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи;

$K_{\text{но}}$ - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи.

В случаях, когда по результатам медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи устанавливается некорректное применение тарифа, требующего его замены, страховая медицинская организация осуществляет оплату медицинской помощи с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить.

Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества ($C_{шт}$), рассчитывается по формуле:

$$C_{шт} = РП \times K_{шт},$$

где:

$C_{шт}$ - размер штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

РП - установленный тарифным соглашением 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;

$K_{шт}$ - коэффициент для определения размера штрафа по основанию для начисления штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

(в редакции изменений, внесенных Дополнительным соглашением № 4 от 29.07.2021 г.)

Перечень тарифов на лабораторные и диагностические услуги для межучрежденческих расчетов

№	Наименование	Тариф, в руб.	
		БУ «Республиканская больница им. П.П.Жемчуева»	БУ РК «Республиканский онкологический диспансер им. Э.С. Тимошкаевой»
БИОХИМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ			
1			
2	Определение ЛПНП	208,00	
3	Определение ЛПВН	181,00	
4	Определение калия	123,00	
5	Определение натрия		94,00
6	Определение хлора	132,00	
7	Определение фосфора	116,00	
8	Определение магния	98,00	
9	Определение активности лактатдегидрогеназы (ЛДГ)	211,00	
10	Определение активности липазы в сыворотке крови	182,00	
11	Определение креатинкиназы	186,00	
12	Определение гаммаглутамилтрансферазы (ГГТ)		68,00
13	Определение гликолизированного гемоглобина	418,00	
14	Определение онкомаркеров (альфа-фетопротеина, бета-хорионического гонадотропина, раковоэмбрионального антигена, карбоантигенов СА-19-9, СА-15-3, СА-125, ПСА (общего и специфического) (1параметр)	345,00	
15	Исследование феномена "клетки красной волчанки"	442,00	
16	Фенотипирование крови	515,00	
ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА			
Коагулограмма:			
1	Определение протромбинового времени (ПТИ, ПТВ)	118,00	
2	Определение активированного частично тромбопластинового времени (АЧТВ) с эритрофосфатидкоалининовой смесью		145,00
3	Определение фибриногена		127,00
4	Определение тромбинового времени (ТВ) со стандартным количеством тромбина		108,00
5	Международное нормализационное время (МНО)		125,00
6	Определение Д-димера крови	751,00	
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ			
1	Определение индивидуальных белков сыворотки (СРБ)		103,00
2	Определение онкомаркеров (альфа-фетопротеина, бета-хорионического гонадотропина, раковоэмбрионального антигена, карбоантигенов СА-19-9, СА-15-3, СА-125, ПСА (общего и специфического) (1параметр)	345,00	
3	Определение антител к вирусным антигенам (корь)	275,00	
4	Фенотипирование крови	515,00	
5	Иммуноферментное выявление иммуноглобулинов класса IgG к SARS-CoV-2 в крови	520,00	
6	Иммуноферментное выявление иммуноглобулинов класса IgM к SARS-CoV-2 в крови	520,00	
ОБЩЕКЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ			
1	Обнаружение белка Бенс-Джонса по реакции коагуляции с уксусной кислотой		67,00
2	Исследование спинномозговой жидкости	325,00	
3	Исследование экссудатов, трансудатов	427,00	

4	Исследование мокроты	283,00	
5	Обнаружение микобактерий туберкулеза	338,00	
6	Исследование желудочного содержимого	202,00	
7	Исследование дуоденального содержимого	372,00	
8	Исследование кала (копрограмма)	384,00	
9	Исследование соскоба на энтеробиоз (в 3 препаратах)	145,00	
10	Микроскопическое исследование гинекологического мазка	402,00	
11	Исследование спермы (спермограмма)	450,00	
12	Определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам	449,00	
13	Исследование микробиоценоза кишечника (дисбактериоз)	918,00	

ИФА – ДИАГНОСТИКА

1	Исследование на HBS антиген	304,00	
2	Исследование на HCV антиген	301,00	
3	Определение антигена к вирусу гепатита В (HBS Ag Hepatitis B virus) в крови	341,00	
4	Исследование крови на антитела к ВИЧ (форма 50)	304,00	

Определение гормонов

1	Т3	263,00	
2	Т4	186,00	
3	ТТГ	233,00	
4	АТ ТПО	267,00	
5	АТ ТГ	257,00	
6	ЛГ	315,00	
7	ФСГ	338,00	
8	Пролактин	336,00	
9	Эстрадиол	365,00	
10	Прогестерон	345,00	
11	Тестостерон	327,00	
12	СТ 3	352,00	
13	СТ 4	240,00	
14	Исследование материала желудка на наличие хеликобактер пилори	142,00	

Исследования методом полимеразной цепной реакции (ПЦР):

1	Определение ДНК Chlamydia trachomatis в биологических жидкостях методом ПЦР	303,00	
2	Определение ДНК Mycoplasma genitalium в биологических жидкостях методом ПЦР	303,00	
3	Определение ДНК Ureaplasma urealyticum биологических жидкостях методом ПЦР	303,00	
4	Определение ДНК вируса простого герпеса 1 и 2 типов в биологических жидкостях методом ПЦР	303,00	
5	Определение ДНК вируса папилломы человека 16 и 18 типов в биологических жидкостях методом ПЦР	304,00	
6	Определение ДНК цитомегаловируса в биологических жидкостях методом ПЦР	304,00	

Медицинские услуги по отделению ЦЛ и ЦПАО

ЦИТОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

1	Пункционная цитология. Исследование пунктатов, полученных из опухолей, предопухолевых, опухолеподобных образований различной локализации:		
1.1	а) кожа, молочная железа		251,00
1.2	б) печень, почки, легкие, забрюшинные опухоли, опухоли средостения, щитовидная железа, предстательная железа, яичко, яичники, лимфатические узлы, миндалины, мягкие ткани, кости		322,00
2	Эксфолиативная цитология.		
2.1	Исследование материала, полученного при гинекологическом осмотре: Диагностические исследования.		
2.1.1	а) соскобы с шейки матки и цервикального канала		191,00
2.1.2	б) аспираты из полости матки		274,00
2.2	Исследование трансудатов, экссудатов, секретов, экскретов		282,00
2.3	а) исследование соскобов и отделяемого с поверхности эрозий, язв, ран, свищей		251,00

2.4	б) исследование мокроты		306,00
3	Цитологические исследования при эндоскопическом обследовании больных:		
3.1	а) исследование материала, полученного при ларингоскопии, бронхоскопии, эзофагоскопии, гастроскопии, дуоденоскопии, лапароскопии, колоноскопии и др. (отпечатки с биопсии опухолей, соскобы, аспираты, трансбронхиальные пунктаты)		274,00
3.2	б) цитологическое исследование материала, полученного во время проведения хирургических вмешательств и других срочных исследованиях.		416,00

Рентгенологические исследования, применяемые в урологии и гинекологии

1	Урография внутривенная	988,00	
2	Восходящая пиелография	988,00	
3	Цистография восходящая	436,00	
4	Уретрография	753,00	
5	Гистеросальпингография	753,00	

Рентгенологические исследования молочных желез

1	Обзорная рентгенография молочных желез в прямой и косой проекциях	436,00	
2	Обзорная рентгенография молочной железы в одной проекции	327,00	
3	Прицельная рентгенография молочной железы		147,00
4	Прицельная рентгенография молочной железы с прямым увеличением рентгеновского изображения	327,00	
5	Рентгенография мягких тканей подмышечных обл.	327,00	
6	Дуктография	988,00	
7	Двойное контрастирование протоков	1 105,00	
8	Пневмокистография пальпируемого образования	653,00	
9	Пневмокистография непальпируемого образования	1 105,00	
10	Прицельная игловая биопсия пальпируемого образования	653,00	
11	Прицельная игловая биопсия непальпируемого образования	1 105,00	
12	Рентгенография удаленного сектора молочной железы	436,00	
13	Внутриканальная маркировка непальпируемого образования	1 105,00	

Ультразвуковые исследования

1	УЗИ малого таза	353,00	
2	УЗИ лимфатических узлов	213,00	
3	УЗИ периферических сосудов	198,00	
4	УЗИ предстательной железы	205,00	
5	УЗИ молочной железы, лимфоузлов, мягких тканей		248,00
6	УЗИ мягких тканей	242,00	
7	УЗИ плевральной полости	383,00	

Магнитно-резонансные исследования (МРТ)

1	МРТ головного мозга с ангиографией сосудов головного мозга	4 584,00	
2	МРТ головного мозга с ангиография вен головного мозга	4 584,00	
3	МРТ головного мозга с ангиография артерий головного мозга	4 778,00	

1	Консультация маммолога		151,00
2	Маммография		280,00

Тарифы на услуги в рамках I этапа углубленной диспансеризации

№	Способ оплаты	Код услуги	Исследования и медицинские вмешательства в рамках углубленной диспансеризации	Рекомендуемая стоимость (без учета коэффициента дифференциации), руб	Стоимость с учетом коэффициента дифференциации, руб
1	комплексное посещение		Итого, в том числе:	726,00	761,58
		A12.09.005	измерение насыщение крови кислородом (сатурация) в покое	24,00	25,18
		A12.09.001	проведение спирометрии или спирографии	124,00	130,08
		B03.016.003	общий (клинический) анализ крови развернутый	88,99	93,35
		B03.016.004	биохимический анализ крови (включая исследование уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови)	489,01	512,97
2	за единицу объема оказания медицинской помощи	A23.30.023	проведение теста с 6 минутной ходьбой	60,00	62,94
3	за единицу объема оказания медицинской помощи	A09.05.051.001	определение концентрации Д-димера в крови	419,60	440,16

Тарифы на услуги в рамках II этапа углубленной диспансеризации

№	Способ оплаты	Код услуги	Исследования и медицинские вмешательства в рамках углубленной диспансеризации	Рекомендуемая стоимость (без учета коэффициента дифференциации), руб	Стоимость с учетом коэффициента дифференциации, руб
1	за единицу объема оказания медицинской помощи	A04.10.002	проведение эхокардиографии	1 367,19	1 434,18
2	за единицу объема оказания медицинской помощи	A06.09.005	проведение компьютерной томографии легких	1 065,00	1 117,19
3	за единицу объема оказания медицинской помощи	A04.12.006.002	проведение дуплексного сканирования вен нижних конечностей	1 139,30	1 195,13