

СОГЛАШЕНИЕ №4 (ПРОЕКТ)  
о внесении изменений в Тарифное соглашение  
по обязательному медицинскому страхованию в Ленинградской области  
на 2022 год  
(далее – Соглашение №4)

\_\_\_ марта 2022 года

Представители Сторон

Уполномоченный  
государственный  
орган Ленинградской области

Комитет по здравоохранению  
Ленинградской области,  
в лице заместителя председателя комитета  
Власова Егора Геннадьевича, действующего  
на основании Положения о Комитете по  
здравоохранению и распоряжения  
Губернатора Ленинградской области от  
11.03.2022 г. № 3.2-01/8

Территориальный фонд

Территориальный фонд обязательного  
медицинского страхования Ленинградской  
области, в лице директора  
Алексеева Александра Николаевич,  
действующего на основании  
Положения о Территориальном фонде

Представители страховых  
медицинских организаций

ООО «Страховая медицинская компания  
РЕСО-Мед»,  
в лице заместителя директора Северо-  
Западного филиала  
Еремеева Юрия Алексеевича,  
действующего на основании Положения и  
Доверенности

Представители медицинских  
профессиональных  
некоммерческих организаций

Региональная общественная организация  
«Врачебная палата Ленинградской области»,  
в лице председателя  
Костюшова Евгения Васильевича,  
действующего на основании Устава

Представители  
профессиональных союзов  
медицинских работников или их  
объединений (ассоциаций)

Межрегиональная Санкт-Петербурга и  
Ленинградской области организация  
Профсоюза работников здравоохранения РФ,  
в лице председателя  
Элиовича Иосифа Григорьевича,  
действующего на основании Устава

в соответствии с частью 2 статьи 30 Закона об ОМС установили внести в Тарифное соглашение по обязательному медицинскому страхованию в Ленинградской области на 2022 год (далее - Тарифное соглашение на 2022г) следующие изменения и дополнения:

1. В Раздел «I. Общие положения» Тарифного соглашения на 2022г внести следующие изменения:

после абзаца:

«– совместным письмом от 02.02.2022 г. Министерства здравоохранения Российской Федерации №11-7/И/2-1619 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования №00-10-26-2-06/750 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (далее – Методические рекомендации)»

дополнить абзацами следующего содержания:

«– Постановлением Правительства Российской Федерации от 12.03.22 г. №346 «О внесении изменения в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и плановый период 2023 и 2024 годов» (далее – Постановление № 346),

– Постановлением Правительства Российской Федерации от 16.03.22 г. №373 «О внесении изменения в постановление Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2021 года № 2505» (далее – Постановление № 2505)»,

– Приказом Минздрава России от 21.02.2022 № 100н «О внесении изменений в приложение № 5 к Правилам обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н, и 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 марта 2021 г. № 231н»;

после абзаца:

«– Протокола заседания №4 от 28.02.2022г Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования в Ленинградской области»,

дополнить абзацем следующего содержания:

«– Протокола заседания №5 от 30.03.2022г Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования в Ленинградской области».

2. В раздел «III. Тарифы на оплату медицинской помощи» Тарифного соглашения на 2022 год внести следующие изменения и дополнения:

2.1. В абзац 3 внести изменения и изложить в новой редакции:

«Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до 100 тыс. рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования».

2.2. С 01.03.2022 по 31.03.2022 (по дате окончания лечения) в абзацы 1-5 п.3.1 с учетом Соглашения №1 внести изменения и изложить в новой редакции:

**«3.1. Размер среднего Подушевого норматива** финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо установлен:

согласно Приложению 1 к Соглашению №4:

«Фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, с коэффициентами по медицинским организациям, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2022 год, действующие с 01.03.2022г. по 31.03.2022г.»

и согласно Приложению 2 к Соглашению №4:

«Фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, с коэффициентами по медицинским организациям, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2022 год, в месяц, действующие с 01.03.2022г. по 31.03.2022г.».

2.3. С 01.03.2022 по 31.03.2022 (по дате окончания лечения) в абзацы 1-3 пп.3.2 с учетом Соглашения №1 внести изменения и изложить в новой редакции:

**«3.2 Значение базового подушевого норматива** финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, исключая влияние применяемых коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, уровня медицинской организации, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, стоимости медицинской помощи, оказываемой в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, стоимости проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных лиц, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности (в размере 5 процентов от базового норматива финансирования на прикрепившихся лиц)

установлено согласно Приложению 1 к Соглашению №4:

«Фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, с коэффициентами по медицинским организациям, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2022 год, действующие с 01.03.2022г. по 31.03.2022г.»;

последний абзац изложить в новой редакции:

«согласно Приложению 1 к Соглашению №4 и учитываются при расчете Фактических дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, с коэффициентами по медицинским организациям, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2022 год, действующих с 01.03.2022г. по 31.03.2022г.».

2.4. С 01.03.2022 по 31.03.2022 (по дате окончания лечения) в абзац 2 пп.3.3 с учетом Соглашения №1 внести изменения и изложить в новой редакции:

« - по Подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, в Фактических дифференцированных подушевых нормативах финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, с коэффициентами по медицинским организациям, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2022 год, действующих с 01.03.2022г. по 31.03.2022г., согласно Приложению 1 к Соглашению №4».

2.5. С 01.03.2022 по 31.03.2022 (по дате окончания лечения) в абзац 3 пп.3.6 с учетом Соглашения №1 внести изменения и изложить в новой редакции:

«- по Подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, в Фактических дифференцированных подушевых нормативах финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, с коэффициентами по медицинским организациям, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2022 год, действующих с 01.03.2022г. по 31.03.2022г., согласно Приложению 1 к Соглашению №4».

2.6. С 01.03.2022 по 31.03.2022 (по дате окончания лечения) в абзац 2 пп.3.7 с учетом Соглашения №1 внести изменения и изложить в новой редакции:

«- установлено по Подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи в Приложении 1 к Соглашению №4».

2.7. С 01.03.2022 (по дате окончания лечения) в п.3.8 внести изменения и изложить в новой редакции:

**«3.8. Базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации - фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, рассчитан в соответствии с Методическими рекомендациями.**

Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов:

- обслуживающих до 100 жителей, рассчитан с учетом коэффициента уровня медицинской организации 0,95 к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей 1 087,70 тыс. руб. (расчетное значение  $0,95 \times 1\,087,70$  тыс. руб. = 1 033,32 тыс. руб.),

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей, – 1 087,70 тыс. рублей,

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, – 1 723,10 тыс. рублей,

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, – 1 934,90 тыс. рублей».

2.8. В п.4.2 внести изменения и изложить в новой редакции:

**«4.2 Значения коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в разрезе условий ее оказания к базовой ставке, исключая влияние применяемых коэффициентов относительной затроемкости и специфики**

оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации и коэффициента сложности лечения пациентов составляет:

0,8648 или 86,5% от значения норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации в стационарных условиях, установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы ОМС – 37 383,8 тыс. руб.,

0,6411 или 64,1% от норматива финансовых затрат на 1 случай лечения в условиях дневного стационара, установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы ОМС – 23 192,7 тыс. руб.

Размер средней стоимости законченного случая лечения – Базовая ставка в разрезе условий оказания указанной медицинской помощи составляет:

- в стационарных условиях – 32 330,03 тыс. руб.,
- в условиях дневного стационара – 14 868,06 тыс. руб.».

3. В раздел «IV. Размер неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества» внести следующие изменения и дополнения:

С 01.04.2022 (по дате окончания проведения МЭЭ и ЭКМП) в абзац 1 внести изменения и изложить в новой редакции:

«Для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в Ленинградской области на 2022 год Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшения оплаты медицинской помощи в соответствии с порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, в соответствии с п.9.1 части 1 статьи 7 Федерального закона № 326-ФЗ (далее - порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи), методики исчисления размеров неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи и размеров уплаты штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, устанавливаемой Правилами обязательного медицинского страхования, утверждёнными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н. установлен согласно Приложению 3 к Соглашению №4».

4. В п.3 раздела «V. Заключительные положения» Тарифного соглашения на 2022 год внести следующие изменения:

С 01.03.2022 по 31.03.2022 (по дате окончания лечения):

Приложение 72 изложить в новой редакции согласно Приложению 1 к Соглашению №4 «Фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, с коэффициентами по медицинским организациям, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2022 год, действующие с 01.03.2022 по 31.03.2022»,

Приложение 73 изложить в новой редакции согласно Приложению 2 к Соглашению №4 «Фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, с коэффициентами по медицинским организациям, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2022 год, в месяц, действующие с 01.03.2022 по 31.03.2022»,

С 01.04.2022 (по дате окончания проведения МЭЭ и ЭКМП):

Приложение 70 изложить в новой редакции согласно Приложению 3 к Соглашению №4 «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшения оплаты медицинской помощи в соответствии с порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2022 год, действующий с 01.04.2022 (по дате окончания проведения МЭЭ и ЭКМП)».

#### Приложения к Соглашению №4:

Приложение 1 – Фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, с коэффициентами по медицинским организациям, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2022 год, действующие с 01.03.2022г. по 31.03.2022г.,

Приложение 2 – Фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, с коэффициентами по медицинским организациям, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2022 год, в месяц, действующие с 01.03.2022г. по 31.03.2022г.,

Приложение 3 – Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшения оплаты медицинской помощи в соответствии с порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2022 год, действующий с 01.04.2022 (по дате окончания проведения МЭЭ и ЭКМП).

Подписи Сторон:

Комитет по здравоохранению Ленинградской области	Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ленинградской области	ООО «Страховая медицинская компания РЕСО-Мед»	Региональная общественная организация «Врачебная палата Ленинградской области»	Межрегиональная Санкт-Петербурга и Ленинградской области организация Профсоюза работников здравоохранения РФ
Е.Г. Власов	А.Н. Алексеев	Ю.А. Еремеев	Е.В. Костюшов	И.Г. Элиович



Фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, с коэффициентами по медицинским организациям, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2022 год, действующие с 01.03.2022г. по 31.03.2022г.

№п/п	Наименование МО (краткое)	Численность застрахованного населения на 01.01.2021	Средний подушевой норматив финансирования, руб.	Базовый подушевой норматив финансирования, руб.	Коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, половозрастной состав обслуживаемого населения, в том числе оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше, плотность расселения обслуживаемого населения, транспортная доступность, климатические и географические особенности территории обслуживания населения для i-той медицинской организации	Коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий плотность расселения обслуживаемого населения, транспортная доступность, иные климатические и географические особенности территории обслуживания населения, включая наличие подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, для i-той медицинской организации	Коэффициент уровня медицинской организации, применяемый к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, установленных в Тарифном соглашении для групп медицинских организаций	Коэффициент дифференциации для i-той медицинской организации (по ЛО коэффициент=1)	Дифференцированные подушевые нормативы финансирования, не включающие средства на оплату мероприятий по проведению профилактических осмотров и диспансеризации, для медицинских организаций, участвующих в реализации ТП ОМС, рублей	Поправочный коэффициент	Коэффициент уровня оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств на оплату профилактических осмотров (диспансеризации), для i-той медицинской организации	Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10=5*6*7*8*9	11	12	13=10*11*12
1	ГБУЗ ЛО "ВОКСИТОГОРСКАЯ МБ"	46 084	14 340,94	9 516,78	1,109456	1,113	1,000	1,000	979,30	0,987	1,103785	1 066,88
2	ГБУЗ ЛО "ВОЛОСОВСКАЯ МБ"	37 893	14 340,94	9 516,78	0,780580	1,113	1,000	1,000	689,00	0,987	1,123644	764,13
3	ГБУЗ ЛО "ВОЛХОВСКАЯ МБ"	69 242	14 340,94	9 516,78	1,056289	1,063	1,000	1,000	890,48	0,987	1,101109	967,77
4	ГБУЗ ЛО "ВСЕВОЛОЖСКАЯ КМБ"	173 575	14 340,94	9 516,78	0,682892	1,037	1,000	1,000	561,62	0,987	1,126381	624,37
5	ГБУЗ ЛО "ВЫБОРСКАЯ ДБГ"	17 875	14 340,94	9 516,78	0,977566	1,113	1,000	1,000	862,88	0,987	1,171662	997,86
6	ГБУЗ ЛО "ВЫБОРСКАЯ МБ"	103 628	14 340,94	9 516,78	0,797662	1,019	1,000	1,000	644,62	0,987	1,114538	709,11
7	ГБУЗ ЛО "ТАТЧИНСКАЯ КМБ"	208 327	14 340,94	9 516,78	0,701555	1,053	1,000	1,000	585,87	0,987	1,146527	662,98
8	ГБУЗ ЛО "КИНГИСЕПСКАЯ МБ"	76 407	14 340,94	9 516,78	0,851640	1,055	1,000	1,000	712,55	0,987	1,118514	786,64
9	ГБУЗ ЛО "КИРИШСКАЯ КМБ"	64 463	14 340,94	9 516,78	1,012409	1,010	1,000	1,000	810,94	0,987	1,101009	881,25
10	ГБУЗ ЛО "КИРОВСКАЯ МБ"	92 466	14 340,94	9 516,78	0,699690	1,071	1,000	1,000	594,30	0,987	1,152970	676,30
11	ГБУЗ ЛО "ЛОДЕЙНОПОЛЬСКАЯ МБ"	25 777	14 340,94	9 516,78	0,901055	1,113	1,000	1,000	795,34	0,987	1,103190	866,00
12	ГБУЗ ЛО "ЛОМОНОСОВСКАЯ МБ"	57 241	14 340,94	9 516,78	0,671378	1,068	1,000	1,000	568,65	0,987	1,138010	638,72
13	ГБУЗ ЛО "ЛУЖСКАЯ МБ"	63 420	14 340,94	9 516,78	0,901898	1,059	1,000	1,000	757,46	0,987	1,121068	838,13
14	ГБУЗ ЛО "ПОДПОРОЖСКАЯ МБ"	27 407	14 340,94	9 516,78	1,014869	1,113	1,000	1,000	895,81	0,987	1,095785	968,85
15	ГБУЗ ЛО "ПРИМОРСКАЯ РБ"	8 686	14 340,94	9 516,78	0,927443	1,113	1,000	1,000	818,64	0,987	1,103498	891,62
16	ГБУЗ ЛО "ПРИОЗЕРСКАЯ МБ"	51 053	14 340,94	9 516,78	0,860860	1,113	1,000	1,000	759,87	0,987	1,112139	834,10
17	ГБУЗ ЛО "РОЩИНСКАЯ МБ"	28 100	14 340,94	9 516,78	0,841471	1,071	1,000	1,000	714,72	0,987	1,121981	791,48
18	ГБУЗ ЛО "СЕРТОЛОВСКАЯ ГБ"	36 549	14 340,94	9 516,78	0,527194	1,051	1,000	1,000	439,42	0,987	1,174934	509,58
19	ГБУЗ ЛО "СЛАНЦЕВСКАЯ МБ"	37 195	14 340,94	9 516,78	1,040310	1,042	1,000	1,000	859,68	0,987	1,105634	938,14
20	ГБУЗ ЛО "ТИХВИНСКАЯ МБ"	67 810	14 340,94	9 516,78	1,474822	1,002	1,000	1,000	1 171,97	0,987	1,066987	1 234,22
21	ГБУЗ ЛО "ТОКСОВСКАЯ МБ"	104 982	14 340,94	9 516,78	0,415973	1,062	1,000	1,000	350,35	0,987	1,183832	409,36
22	ГБУЗ ЛО "ТОСНЕНСКАЯ КМБ"	108 769	14 340,94	9 516,78	0,755124	1,076	1,000	1,000	644,38	0,987	1,135395	722,11
23	ГБУЗ ЛО ЛЕНОБЛЦЕНТР	1 299 038	14 340,94	9 516,78	0,006618	1,000	1,000	1,000	5,25	0,987	1,000000	5,18
24	ГБУЗ ЛО ЛОКБ	1 299 038	14 340,94	9 516,78	0,178114	1,000	1,000	1,000	141,26	0,987	1,000000	139,42
25	ЛОГБУЗ "ДКБ"	310 127	14 340,94	9 516,78	0,205083	1,000	1,000	1,000	162,64	0,987	1,000000	160,53
26	ООО "МЕДИЦЕНТР ЮЗ"	8 212	14 340,94	9 516,78	0,054480	1,113	1,000	1,000	48,09	0,987	1,190595	56,51
28	ФГБУЗ ЦМСЧ № 38 ФМБА РОССИИ	67 400	14 340,94	9 516,78	0,452725	1,000	1,000	1,000	359,04	0,987	1,245299	441,30
29	ЧУЗ "РЖД-МЕДИЦИНА" Г. ВОЛХОВ	8 954	14 340,94	9 516,78	0,407379	1,113	1,000	1,000	359,59	0,987	1,132029	401,77
30	ЧУЗ "РЖД-МЕДИЦИНА" Г. ВЫБОРГ"	8 107	14 340,94	9 516,78	0,300544	1,113	1,000	1,000	265,28	0,987	1,135368	297,27
подушевому нормативу									(ОСПНФ-проф)	1 343 463 339		
Объем средств, рассчитанных по дифференцированным подушевым нормативам финансирования МП									∑ i(ДПнi×Чзи)	1 293 060 632		
Расчет значения поправочного коэффициента										0,987		

**Фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, с коэффициентами по медицинским организациям, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2022 год, в месяц, действующие с 01.03.2022г. по 31.03.2022г.**

№п/п	Наименование МО (краткое)	Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи для i-той медицинской организации в месяц, рублей
		ФДПн
1	2	3
1	ГБУЗ ЛО "БОКСИТОГОРСКАЯ МБ"	1066,88
2	ГБУЗ ЛО "ВОЛОСОВСКАЯ МБ"	764,13
3	ГБУЗ ЛО "ВОЛХОВСКАЯ МБ"	967,77
4	ГБУЗ ЛО "ВСЕВОЛОЖСКАЯ КМБ"	624,37
5	ГБУЗ ЛО "ВЫБОРГСКАЯ ДГБ"	997,86
6	ГБУЗ ЛО "ВЫБОРГСКАЯ МБ"	709,11
7	ГБУЗ ЛО "ГАТЧИНСКАЯ КМБ"	662,98
8	ГБУЗ ЛО "КИНГИСЕППСКАЯ МБ"	786,64
9	ГБУЗ ЛО "КИРИШСКАЯ КМБ"	881,24
10	ГБУЗ ЛО "КИРОВСКАЯ МБ"	676,30
11	ГБУЗ ЛО "ЛОДЕЙНОПОЛЬСКАЯ МБ"	866,01
12	ГБУЗ ЛО "ЛОМОНОСОВСКАЯ МБ"	638,72
13	ГБУЗ ЛО "ЛУЖСКАЯ МБ"	838,13
14	ГБУЗ ЛО "ПОДПОРОЖСКАЯ МБ"	968,85
15	ГБУЗ ЛО "ПРИМОРСКАЯ РБ"	891,62
16	ГБУЗ ЛО "ПРИОЗЕРСКАЯ МБ"	834,09
17	ГБУЗ ЛО "РОЩИНСКАЯ МБ"	791,48
18	ГБУЗ ЛО "СЕРТОЛОВСКАЯ ГБ"	509,58
19	ГБУЗ ЛО "СЛАНЦЕВСКАЯ МБ"	938,14
20	ГБУЗ ЛО "ТИХВИНСКАЯ МБ"	1234,22
21	ГБУЗ ЛО "ТОКСОВСКАЯ МБ"	409,36
22	ГБУЗ ЛО "ТОСНЕНСКАЯ КМБ"	722,11
23	ГБУЗ ЛЕНОБЛЦЕНТР	5,18
24	ГБУЗ ЛОКБ	139,42
25	ЛОГБУЗ "ДКБ"	160,53
26	ООО "МЕДИЦЕНТР ЮЗ"	56,51
27	ФГБУЗ ЦМСЧ № 38 ФМБА РОССИИ	441,30
28	ЧУЗ "РЖД-МЕДИЦИНА" Г. ВОЛХОВ	401,77
29	ЧУЗ "РЖД-МЕДИЦИНА" Г.ВЫБОРГ"	297,28

Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшения оплаты медицинской помощи в соответствии с порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2022 год, действующий с 01.04.2022 (по дате окончания проведения МЭЭ и ЭКМП)

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)  (Приложение к Приказу Минздрава России от 19.03.2021 N 231н (в действующей редакции) «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» Приложение 5 к Приказу Минздрава России от 28.02.2019 N108н (в действующей редакции) «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»)	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Кно)	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неокказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Кшт)
<b>Раздел 1. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономического контроля</b>			
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	0	1

	с порядком проведения диспансерного наблюдения (в случае, если установление диагноза и постановка на диспансерное наблюдение должно быть осуществлено в рамках одного случая оказания медицинской помощи).		
(в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)			
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 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 персонафицированного 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 медицинской организации в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании;	1	0
(в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)			
1.6.3.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх размера финансового обеспечения распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного медицинской организации в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании;	1	0
(в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)			
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, не установленным в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании;	1	0
(в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)			
1.7.2.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим установленным в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании.	1	0

(в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)			
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 по случаям оказания медицинской помощи, завершившимся после прекращения действия лицензии медицинской организации;	1	0
(в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)			
1.8.3.	предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: в том числе, данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности (на основании информации лицензирующих органов).	1	0
1.9.	Включение в реестр счетов страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации специалиста по профилю оказания медицинской помощи.	1	0
1.10.	Нарушения, связанные с повторным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе:		
1.10.1.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	1	0
1.10.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	1	0
1.10.3.	стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;	1	0
1.10.4.	стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию.	1	0

1.10.5.	включение в реестр счетов медицинской помощи, оказанной амбулаторно, в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также оказания медицинской помощи (консультаций) в других медицинских организациях в экстренной и неотложной форме);	1	0
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 - 2.6.	Утратили силу. - <a href="#">Приказ</a> Минздрава России от 21.02.2022 N 100н.		
2.7.	Представление в реестрах счетов повторных случаев госпитализации застрахованного лица по одному и тому же заболеванию с длительностью три дня и менее (за исключением случаев, связанных с патологией беременности и родами) в течение четырнадцати календарных дней при оказании медицинской помощи в указанный период в амбулаторных условиях (за исключением случаев, при которых стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией).	1	0,3
(в ред. <a href="#">Приказа</a> Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)			
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.	0,5	0,5
(в ред. Приказа Минздрава России от 01.07.2021 N 696н)			
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, учетно-отчетной документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации, а также результатов внутреннего и внешнего контроля медицинской организации, безопасности оказания медицинской помощи без объективных причин в течение 10 рабочих дней после получения медицинской организацией соответствующего запроса от Федерального фонда обязательного медицинского страхования или территориального фонда обязательного медицинского страхования, или страховой медицинской организации, или специалиста-эксперта, эксперта качества медицинской помощи, действующего по их поручению.	1	0
(в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)			
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 <3>.	0,1	0
2.14.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации	0,5	0



	(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).		
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 не соответствует тарифу, установленному законодательством об обязательном медицинском страховании;	0,1	0,3
(в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)			
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
2.16.3.	некорректное (неполное) отражение в реестре счета сведений медицинской документации.	1	
(п. 2.16.3 введен Приказом Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)			
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 невыполнением, несвоевременным или ненадлежащим выполнением необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе по результатам		

	проведенного диспансерного наблюдения, с учетом рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:		
(в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)			
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 амбулаторно, тридцати дней 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),	1	0,3

	кроме случаев госпитализации в неотложной и экстренной форме с последующим переводом в течение суток в профильные медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций).		
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 патолого-анатомического диагнозов 2 - 3 категории, обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований (за исключением оказания медицинской помощи в экстренной форме).	0,9	0,5
(в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)			
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 с учетом стандартов медицинской помощи и клинических	0,5	0,6

	рекомендаций, связанные с риском для здоровья пациента. (в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)		
3.14.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, в том числе: (п. 3.14 введен Приказом Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)		
3.14.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья; (п. 3.14.1 введен Приказом Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)		1
3.14.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья; (п. 3.14.2 введен Приказом Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)		2
3.14.3.	приведший к летальному исходу. (п. 3.14.3 введен Приказом Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)		3
3.15.	Непроведение диспансерного наблюдения застрахованного лица (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения), включенного в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в указанный порядок исследований, в том числе: (п. 3.15 введен Приказом Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)		
3.15.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья; (п. 3.15.1 введен Приказом Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)		1
3.15.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения); (п. 3.15.2 введен Приказом Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)		2
3.15.3.	приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица,		3

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

(п. 3.15.3 введен [Приказом](#) Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

154. 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.

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

$$C_{\text{шт}} = PP \times K_{\text{шт}},$$

где:

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

PP - установленный тарифным соглашением субъекта Российской Федерации 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;

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