

**Информации по результатам проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам  
ООО «АльфаСтрахование – ОМС» во 3-м квартале 2021 года**

ООО «АльфаСтрахование – ОМС» в соответствии с ст.40 Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" осуществляет контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее также – контроль) путем проведения:

- **медико-экономической экспертизы (МЭЭ)** – установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.

- **экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП)** – выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

---

В 3 квартале 2021 года для проведения МЭЭ привлекались 113 специалистов-экспертов, соответствующих законодательно установленным требованиям.

Всего проведено 203 340 плановых и 956 397 внеплановых МЭЭ в 1 556 медицинских организациях (табл.1).

Таблица 1.

МЭЭ в 3-м квартале 2021 г

| Условие оказания медицинской помощи | Количество МЭЭ | Количество выявленных нарушений | Частота выявления нарушений, % |
|-------------------------------------|----------------|---------------------------------|--------------------------------|
| вне медицинской организации         | 74 247         | 2 531                           | 3.4%                           |
| амбулаторно                         | 958 529        | 34 483                          | 3.6%                           |
| стационарно                         | 96 195         | 11 256                          | 11.7%                          |
| в дневном стационаре                | 55 261         | 5 173                           | 9.4%                           |
| итого                               | 1 184 232      | 53 443                          | 4.5%                           |

В 3 квартале 2021 года для проведения ЭКМП привлекались 817 экспертов качества медицинской помощи, соответствующих законодательно установленным требованиям.

Всего проведено 129 869 плановых и 73 778 внеплановых ЭКМП в 1 478 медицинских организациях (табл.2).

Таблица 2.

## ЭКМП во 3-м квартале 2021 г

| Условие оказания медицинской помощи | Количество ЭКМП | Количество выявленных нарушений | Частота выявления нарушений, % |
|-------------------------------------|-----------------|---------------------------------|--------------------------------|
| вне медицинской организации         | 21 139          | 2 227                           | 10.5%                          |
| амбулаторно                         | 106 376         | 11 864                          | 11.2%                          |
| стационарно                         | 67 908          | 33 847                          | 49.8%                          |
| в дневном стационаре                | 13 061          | 5 057                           | 38.7%                          |
| итого                               | 208 484         | 52 995                          | 25.4%                          |

Результатом контроля в соответствии с договором по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) являются:

- 1) неоплата или уменьшение оплаты медицинской помощи в виде:
  - исключения позиции из реестра счетов, подлежащих оплате объемов медицинской помощи;
  - уменьшения сумм, представленных к оплате, в процентах от стоимости оказанной медицинской помощи по страховому случаю;
- 2) уплата медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;
- 3) возврат сумм, не подлежащих оплате, в страховую медицинскую организацию, территориальный фонд в соответствии с договором по обязательному медицинскому страхованию, в Федеральный фонд в соответствии с договором в рамках базовой программы;
- 4) однократное повторное выставление медицинской организацией ранее отклоненной от оплаты позиции реестра счета;
- 5) устранение медицинской организацией выявленных нарушений без применения к ней санкций в течение срока, установленного в заключении о результатах медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи;
- 6) устранение медицинской организацией нарушений, выявленных в рамках контроля, при последующем оказании медицинской помощи застрахованным лицам.

По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в 3 квартале 2021 года к медицинским организациям применены меры в виде неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи на общую сумму 670 443 тыс. рублей, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества на общую сумму 94 901 тыс. рублей.

**Информация о перечне санкций, применяемых к медицинским организациям по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, и основаниях для их применения**

По случаям оказания медицинской помощи с 25 мая 2021 года (в период действия приказа Минздрава России от 19.03.2021 N 231н "Об утверждении порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения") к медицинским организациям по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – контроль) применяется ниже следующий перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи).

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

| Код нарушения/дефекта   | Перечень оснований   |
|---|--|
| 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. |
| 1.2.  | Невключение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения.  |
| 1.3.  | Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации для оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной форме на койки терапевтического и хирургического профилей.   |
| 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;  |
| 1.4.2.  | сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;  |
| 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;  |
| 1.4.4. | некорректное заполнение полей реестра счетов;  |
| 1.4.5. | заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);  |
| 1.4.6. | дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты;   |
| 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);  |
| 1.6.   | Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в программу обязательного медицинского страхования, в том числе:   |
| 1.6.1. | включение в реестр счетов видов медицинской помощи, а также заболеваний и состояний, не входящих в программу обязательного медицинского страхования;   |
| 1.6.2. | предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;  |
| 1.6.3. | предъявление к оплате медицинской помощи сверх размера финансового обеспечения распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;  |
| 1.6.4. | включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования, в том числе тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования Российской Федерации <sup>1</sup> , медицинских услуг, оказываемой частными медицинскими организациями в рамках пилотного проекта по вовлечению частных медицинских организаций в оказание медико-социальных услуг лицам в возрасте 65 лет и старше, являющимся гражданами Российской Федерации, в том числе проживающим в сельской местности. |
| 1.7.   | Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе:  |
| 1.7.1. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;  |
| 1.7.2. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.   |
| 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;   |
| 1.8.2. | предоставление реестров счетов в случае прекращения действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;   |
| 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).   |
| 1.9.  | 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.   |
| 1.10.   | 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);  |
| 1.10.2.   | дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;  |
| 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;  |
| 1.10.4.   | стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию;   |
| 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); |
| 1.10.6.   | 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.  |
| <b>Раздел 2. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономической экспертизы</b> |  |
| 2.1.  | Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования.   |
| 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.  |
| 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;   |
| 2.3.2.  | с последующим ухудшением состояния здоровья;   |
| 2.3.3.  | приведший к летальному исходу.   |
| 2.4.  | Несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения застрахованного лица, которому по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение.                                      |
| 2.5.  | Непроведение диспансерного наблюдения застрахованного лица (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного  |

|        |   |
|--------|---|
|        | лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения), включенного в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований, в том числе:   |
| 2.5.1. | с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;  |
| 2.5.2. | с последующим ухудшением состояния здоровья (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения);   |
| 2.5.3. | приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения).   |
| 2.6.   | Предоставление на оплату реестров счетов в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: в том числе, данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности (по факту выявления с учетом информации лицензирующих органов).  |
| 2.7.   | Представление в реестрах счетов повторных случаев госпитализации застрахованного лица по одному и тому же заболеванию с длительностью три дня и менее в течение четырнадцати календарных дней при оказании медицинской помощи в указанный период в амбулаторных условиях (за исключением случаев, при которых стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией).  |
| 2.8.   | Необоснованное представление в реестрах счетов случаев оказания застрахованному лицу медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в период пребывания в условиях круглосуточного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях при экстренных и неотложных состояниях).   |
| 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.  |
| 2.10.  | Приобретение пациентом или его представителем в период оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, и/или использование медицинской организацией лекарственных препаратов, предоставленных пациентом или иной организацией, действующей в интересах пациента, из иных источников финансирования (за исключением оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях). |
| 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.   |
| 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 обязательного медицинского страхования, или территориального фонда обязательного медицинского страхования, или страховой медицинской организации.   |
| 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.   |
| 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). |
| 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).  |
| 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;  |
| 2.16.2.   | включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу.  |
| 2.17.   | Отсутствие в карте стационарного больного протокола врачебной комиссии в случаях назначения застрахованному лицу лекарственного препарата, не входящего в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.  |
| 2.18.   | Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной либо базовой программой обязательного медицинского страхования.  |
| Раздел 3. Нарушения, выявляемые при проведении экспертизы качества медицинской помощи |  |
| 3.1.  | Установление неверного диагноза, связанное с отсутствием обоснования клинического диагноза в первичной медицинской документации или несоответствие результатов обследования клиническому диагнозу:   |
| 3.1.1.  | не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;  |

|        |   |
|--------|---|
| 3.1.2. | приведшее к удлинению или укорочению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);  |
| 3.1.3. | приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания;   |
| 3.1.4. | приведшее к инвалидизации;  |
| 3.1.5. | приведшее к летальному исходу (в том числе при наличии расхождений клинического и патолого-анатомического диагнозов);   |
| 3.2.   | Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе по результатам проведенного диспансерного наблюдения, рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий: |
| 3.2.1. | не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;   |
| 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);   |
| 3.2.3. | приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);  |
| 3.2.4. | приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);  |
| 3.2.5. | рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении указанными центрами консультаций/консилиумов с применением консультаций с применением телемедицинских технологий, при необоснованном невыполнении данных рекомендаций;  |
| 3.2.6. | по результатам проведенного диспансерного наблюдения.   |
| 3.3.   | Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий, приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания.  |
| 3.4.   | Преждевременное с клинической точки зрения прекращение оказания медицинской помощи при отсутствии клинического эффекта (за исключением  |



|       |   |
|-------|---|
|       | случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях).  |
| 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).   |
| 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.   |
| 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).   |
| 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.   |
| 3.9.  | Необоснованное повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании медицинской помощи амбулаторно, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях, в связи с выпиской лекарственных препаратов группам населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей бесплатно и с 50-процентной скидкой, наблюдения беременных женщин, посещений, связанных с выдачей справок и иных медицинских документов. |
| 3.10. | Наличие расхождений клинического и патолого-анатомического диагнозов, обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований в связи с 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.   |
| 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.   |
| 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. |
|--|---|

В случае выявления при проведении контроля нарушений в оказании медицинской помощи, соответствующих формулировке хотя бы одного основания для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), к медицинской организации применяются финансовые санкции (пп.154 – 155 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 N 108н (ред. от 26.03.2021)).

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.

Значения коэффициента для определения размера неполной оплаты медицинской помощи приведены в таблице ниже (Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения 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 ( $C_{\text{шт}}$ ), рассчитывается по формуле:

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

где:

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

РП - 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;

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

Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества приведены в таблице ниже (Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)).

**ПЕРЕЧЕНЬ  
ОСНОВАНИЙ ДЛЯ ОТКАЗА В ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
(УМЕНЬШЕНИЯ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ)  
(С УКАЗАНИЕМ ЗНАЧЕНИЙ КОЭФФИЦИЕНТОВ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА  
НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ МЕДИЦИНСКОЙ  
ОРГАНИЗАЦИИ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И РАЗМЕРА  
ШТРАФА ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО  
ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА)**

| 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 |
|--|--|--|--|
| <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 с порядком проведения  | 0  | 1  |

|        |  |   |     |
|--------|--|---|-----|
|        | диспансерного наблюдения.  |   |     |
| 1.3.   | Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации для оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной форме на койки терапевтического и хирургического профилей.   | 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 персонализированного 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   | 1 | 0   |

|        |   |   |   |
|--------|---|---|---|
|        | медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;  |   |   |
| 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, 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 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.   | 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.   | Непроведение диспансерного наблюдения застрахованного лица (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения), включенного в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований, в том числе: |   |     |
| 2.5.1. | с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;  | 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 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      | 1 | 0,3 |

|       |   |     |     |
|-------|---|-----|-----|
|       | 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, и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, и/или использование медицинской организацией лекарственных препаратов, предоставленных пациентом или иной организацией, действующей в интересах пациента, из иных источников финансирования (за исключением оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях). | 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 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 (несоблюдение требований к оформлению) информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа   | 0,1 | 0   |



|   |  |     |     |
|---|--|-----|-----|
|   | застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях.   |     |     |
| 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 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 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 назначения застрахованному лицу лекарственного препарата, не входящего в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.  | 0   | 0,3 |
| 2.18.   | Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной либо базовой программой обязательного медицинского страхования.  | 0   | 0,3 |
| <b>Раздел 3 Нарушения, выявляемые при проведении экспертизы качества медицинской помощи</b> |  |     |     |
| 3.1.  | Установление неверного диагноза, связанное с 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  | 0,3 | 0   |

|        |   |     |     |
|--------|---|-----|-----|
|        | законодательством Российской Федерации случаях;   |     |     |
| 3.1.3. | приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания;   | 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), 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   | 1   | 0,3 |

|       |   |     |     |
|-------|---|-----|-----|
|       | повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях, в связи с выпиской лекарственных препаратов группам населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей бесплатно и с 50-процентной скидкой, наблюдения беременных женщин, посещений, связанных с выдачей справок и иных медицинских документов. |     |     |
| 3.10. | Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований в связи с несоответствием оснащения медицинской организации (структурного подразделения медицинской организации)   | 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 |

**Перечень наиболее значимых нарушений при оказании медицинской помощи застрахованным лицам ООО «АльфаСтрахование – ОМС» по результатам медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, проведенных во 3-м квартале 2021 года**

| № п/п  | Описание нарушения при оказании медицинской помощи  |
|--|---|
| <b>Наиболее значимые нарушения при оказании медицинской помощи по поводу острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК)</b> |   |
| 1  | Необоснованное непроведение УЗИ транскраниальных артерий (с цветовым доплеровским картированием кровотока), что создает риск пропуска вероятного условия прогрессирования ишемии головного мозга – атеросклероза сосудов, ответственных за его кровоснабжение |
| 2  | Необоснованное непроведение суточного мониторинга артериального давления, что создает риск ненадлежащего подбора терапии в остром периоде и снижает шансы на формирование благоприятного исхода и функциональное улучшение                                    |
| 3  | Необоснованное непроведение холтеровского мониторинга ЭКГ, что создает риск пропуска жизнеугрожающих нарушений ритма и проводимости сердца  |
| 4  | Необоснованное назначение ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента совместно с блокаторами рецепторов ангиотензина, что сопровождается значительным увеличением риска наступления терминальной стадии болезни почек                                      |
| 5  | Необоснованное отсутствие исследования липидов крови, что не позволяет подобрать надлежащую гиполипидемическую терапию  |
| 6  | Необоснованное непроведение определения содержания уровня электролитов в крови, что создает риск гиподиагностики почечной недостаточности у неврологических больных   |
| 7  | Нерациональное назначение хлористого калия при наличии противопоказаний (нарушение выделительной функции почек), что на фоне гиперкалиемии увеличивает риск возникновения аритмий и блокад, вплоть до остановки сердца  |
| 8  | Нерациональное назначение маннита при наличии противопоказаний (почечная недостаточность, нарушение фильтрационной функции почек) и отсутствии показаний, что необоснованно увеличивает риск нежелательных лекарственных реакций                              |
| 9  | Необоснованное назначение атропина при проведении сердечно-легочной реанимации, что с клинической точки зрения не оправдано при состоянии клинической смерти и может усугубить повреждение миокарда   |

|    |  |
|----|--|
| 10 | Необоснованное назначение препарата дисоль при отсутствии показаний, что может усиливать гипокалиемию и приводить к развитию тяжелых осложнений вплоть до летального исхода  |
| 11 | Необоснованное непроведение или несвоевременное проведение исследования АЧТВ и МНО при назначении прямых и непрямых акнтикоагулянтов соответственно, что не позволяет провести надлежащую оценку риска развития тромбообразования                            |
| 12 | Необоснованное сокращение времени наблюдения (менее 12-24 часов) пациента с ОНМК врачом анестезиологом-реаниматологом в условиях палаты интенсивной терапии, что создает риск несвоевременной диагностики и лечения возникающих осложнений ОНМК              |
| 13 | Необоснованное назначение препаратов железа без определения этиологии анемии, что не позволяет провести надлежащую компенсацию железодефицитного состояния   |
| 14 | Необоснованное назначение препаратов из группы фторхинолонов (ципрофлоксацин) пациентам с нарушением мозгового кровообращения, что является противопоказанием к их применению и создает риск развития нежелательных лекарственных реакций                    |
| 15 | Непроведение консультаций и осмотров врачом-клиническим фармакологом, что создает риск формирования неверной тактики лечения пациентов и неэффективности выбранной фармакотерапии  |
| 16 | Несвоевременное раннее назначение антиагрегантов (клопидогрел) пациентам с ОНМК, что сопровождается высокой частотой геморрагических осложнений  |
| 17 | Необоснованное назначение лекарственных препаратов, резко форсирующих диурез (фуросемид), что способствует выраженному перераспределению жидкости за пределы сосудистого русла и приводит к обезвоживанию, увеличению гематокрита и усугублению ишемии мозга |
| 18 | Необоснованное неназначение ноотропных препаратов, что уменьшает эффективность восстановительной терапии функциональной активности головного мозга   |
| 19 | Несвоевременное проведение КТ головного мозга при поступлении, что создает риск прогрессирования ОНМК и формирования осложнений  |
| 20 | Необоснованное отсутствие контроля динамики неврологического и соматического статуса, что создает риск прогрессирования ОНМК и формирования осложнений   |
| 21 | Необоснованное отсутствие контроля кислотно-щелочного состава крови в остром периоде ОНМК при лечении в палате интенсивной терапии, что создает риск прогрессирования нарушений кислотно-щелочного состояния организма                                       |
| 22 | Необоснованное непроведение профилактики и лечения внутричерепной гипертензии  |

|   |   |
|---|---|
| 23  | Необоснованное назначение препарата пирацетам пациентам в остром периоде ОНМК, что способствует истощению нейронов и формированию синдрома обкрадывания   |
| 24  | Ненадлежащее проведение сердечно-легочной реанимации (необоснованное введение дофамина, дексаметазона), что снижает ее эффективность  |
| 25  | Нарушение дозо-интервального режима введения адреналина при проведении сердечно-легочной реанимации, что снижает ее эффективность   |
| <b>Наиболее значимые нарушения при оказании медицинской помощи по поводу острого коронарного синдрома (ОКС)</b> |   |
| 1   | Необоснованное снижение дозировки гиполипидемических лекарственных препаратов, что приводит к увеличению риска наступления повторных ишемических событий  |
| 2   | Несвоевременное выполнение коронароангиографии, что приводит к прогрессированию ишемии миокарда и увеличению риска наступления неблагоприятного исхода.   |
| 3   | Необоснованное неназначение ингибиторов АПФ при наличии клинических показаний и отсутствии противопоказаний, что создает риск недостаточного снижения общего периферического сосудистого сопротивления и неэффективного ремоделирования миокарда левого желудочка |
| 4   | Несоблюдение дозо-интервальных требований при введении адреналина при непрямом массаже сердца, что снижает эффективность проведения сердечно-легочной реанимации  |
| 5   | Нерациональное сочетание лекарственных препаратов клопидогрела и омепразола (ингибитора фермента CYP2C19, участвующего в метаболизме клопидогрела), что приводит к уменьшению антиагрегантного действия клопидогрела  |
| 6   | Ненадлежащее назначение лекарственного препарата кордарон с использованием физиологического раствора для разведения вместо 5%-го раствора глюкозы, что уменьшает скорость достижения антиаритмического эффекта  |
| 7   | Несвоевременное выполнение ЭКГ (позднее 10 минут после поступления в стационар и позднее 60 минут от окончания проведения тромболитической терапии), что создает риск пропуска жизнеугрожающих нарушений ритма и проводимости сердца                              |
| 8   | Необоснованное непроведение консультации врача-эндокринолога, что увеличивает риск формирования, в первую очередь, сосудистых осложнений сахарного диабета  |
| 9   | Необоснованное снижение длительности назначения антикоагулянтов (фондапаринукс натрия), что создает риск формирования тромбоэмболических осложнений   |
| 10  | Необоснованное назначение препарата амлодипин при наличии противопоказаний, что способствует формированию проишемического эффекта   |

|  |   |
|--|---|
| 11   | Необоснованное совместное назначение перпаратов кордарон и аторвастатин, приводящее к возрастанию токсичности обоих ЛП и усилению фармакодинамических эффектов, что способствует увеличению мышечной токсичности статина.   |
| 12   | Необоснованное сокращение времени наблюдения пациента врачом анестезиологом-реаниматологом в условиях палаты интенсивной терапии, что создает риск несвоевременной диагностики и лечения возникающих осложнений острого коронарного синдрома                                      |
| 13   | Необоснованное уменьшение дозировки антикоагулянтов (эноксапарин), что не позволяет достичь необходимой гипокоагуляции и повышает риск прогрессирования заболевания   |
| 14   | Необоснованное назначение клопидогрела вместо тикагрелолола при наличии клинических показаний, что снижает ингибирование агрегации тромбоцитов, тем самым уменьшая вероятность благоприятного исхода события  |
| 15   | Необоснованное совместное назначение препаратов кордарон и левофлаксоцин, что способствует удлинению интервала QT и может привести к развитию пароксизмальных тахикардий, включая желудочковую пируэтную тахикардию, тем самым увеличивая риск проаритмогенного эффекта кордарона |
| 16   | Необоснованное непроведение или несвоевременное проведение исследования АЧТВ и МНО при назначении прямых и непрямых акнтикоагулянтов соответственно, что не позволяет провести надлежащую оценку риска развития тромбообразования   |
| <b>Наиболее значимые нарушения при оказании медицинской помощи по поводу злокачественных новообразований (ЗНО)</b> |   |
| 1  | Необоснованное непроведение лечения сопутствующего заболевания (анемия, ИБС, ХОБЛ, артериальная гипертензия, сахарный диабет, язвенная болезнь), что создает риск прогрессирования хронических заболеваний и формирования конкурирующей патологии                                 |
| 2  | Ненадлежащее проведение оценки риска развития венозных тромбоэмболических осложнений (отсутствие исследования фибриногена и Д-димера крови), что приводит к ненадлежащей профилактике тромбоэмболических осложнений или к ее отсутствию   |
| 3  | Необоснованное непроведение УЗИ органов брюшной полости при назначении гепатотоксичных препаратов (пембролизумаб), что не позволяет исключить противопоказания к его назначению, а значит создает риск развития и прогрессирования сопутствующей патологии                        |
| 4  | Необоснованное непроведение профилактики венозных тромбоэмболий, что увеличивает риск их возникновения у всех пациентов, получающих химиотерапевтическое лечение  |



|   |   |
|---|---|
| 5   | Несоответствие примененных дозировок химиотерапевтических лекарственных препаратов дозировкам, определенным в соответствии с инструкцией по применению этих препаратов (необоснованное снижение дозировки относительной должной, рассчитанной по площади поверхности тела пациента)                         |
| 6   | Необоснованное непроведение исследования ЭхоКГ (с измерением ФВ ЛЖ) при назначении кардиотоксичных лекарственных препаратов, что не позволяет исключить противопоказания к их назначению, а значит создает риск прогрессирования имеющейся (не исключенной) хронической ИБС, недостаточности кровообращения |
| 7   | Необоснованное несоблюдение профилактики тошноты и рвоты пациентам при назначении препаратов с эметогенным потенциалом (оксалиплатин, циклофосфамид, цисплатин, доксорубицин, иринотекан), что увеличивает риск формирования нежелательных лекарственных реакций и снижение качества жизни пациента         |
| 8   | Необоснованное непроведение исследования биохимических маркеров некроза миокарда при назначении кардиотоксичных препаратов, что создает риск пропуска возникновения нежелательных лекарственных реакций со стороны сердечно-сосудистой системы  |
| 9   | Необоснованное непроведение консилиума врачей с участием онколога и радиотерапевта при выборе метода лечения пациента с ЗНО, что создает риск неверного выбора и корректировки тактики лечения  |
| 10  | Необоснованное отсутствие определения уровня содержания ионизированного кальция в крови перед введением золидроновой кислоты, что не позволяет определить наличие или отсутствие противопоказаний к ее назначению   |
| 11  | Необоснованное непроведение УЗИ регионарных лимфатических узлов, что не позволяет исключить наличие метастазов в лимфатических узлах  |
| 12  | Необоснованное неназначение урометиксана при введении циклофосфана, что снижает локальную детоксикацию цитотоксического эффекта цитостатиков  |
| <b>Наиболее значимые нарушения при оказании медицинской помощи по поводу новой коронавирусной инфекции COVID-19</b> |   |
| 1   | Необоснованное назначение дексаметазона при проведении сердечно-легочной реанимации, что с клинической точки зрения не оправдано при состоянии клинической смерти и может усугубить повреждение миокарда  |
| 2   | Необоснованное снижение частоты проведения дефебриляции при проведении сердечно-легочной реанимации при фибрилляции желудочков, что снижает ее клиническую эффективность  |
| 3   | Ненадлежащее проведение оценки степени тяжести коронавирусной инфекции, что способствует выбору неверной тактики лечения и увеличивает риск формирования неблагоприятного исхода  |

|    |  |
|----|--|
| 4  | Необоснованное невыполнение повторного посева крови при неэффективности проводимой антибактериальной терапии, что увеличивает риск прогрессирования бактериальных осложнений коронавирусной инфекции   |
| 5  | Необоснованное непроведение консультации врача-пульмонолога при поступлении и в процессе лечения, что увеличивает риск несвоевременной диагностики осложнений коронавирусной инфекции  |
| 6  | Необоснованное непроведение мониторинга кислотно-щелочного состояния и газового состава крови, сатурации кислорода, что способствует недооценке тяжести состояния пациента в отделении реанимации и интенсивной терапии  |
| 7  | Необоснованный отказ от перевода пациента в отделение реанимации и интенсивной терапии при наличии клинических показаний (снижение сатурации крови с развитием выраженной дыхательной недостаточности), что создает риск несвоевременной диагностики жизнеугрожающих осложнений      |
| 8  | Несвоевременный перевод пациента на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ), что приводит к прогрессированию дыхательной недостаточности и дальнейшему снижению оксигенации артериальной крови   |
| 9  | Необоснованное непроведение коррекции режимов и параметров ИВЛ, расчета индекса оксигенации и дыхательных объемов, что снижает эффективность проводимой респираторной поддержки  |
| 10 | Необоснованное непроведение профилактики тромбоэмболических осложнений, что увеличивает риск их возникновения  |
| 11 | Необоснованное непроведение определения содержания лактатдегидрогеназы, Д-димера и ферритина крови, что увеличивает риск пропуска органной дисфункции, декомпенсации сопутствующих заболеваний и развития осложнений, которые могут оказывать влияние на выбор лекарственной терапии |
| 12 | Необоснованный отказ от проведения консультаций кардиолога пациентам с удлинением интервала QT, возникшем как осложнение на фоне применения лекарственной терапии плаквенилом совместно с азитромицином, что создает угрозу возникновения тяжелых аритмий                            |
| 13 | Необоснованное назначение кордарона пациентам с удлинением интервала QT на фоне применения плаквенила и азитромицина, что является противопоказанием и способствует усилению проаритмогенного эффекта кордарона  |

|    |   |
|----|---|
| 14 | Необоснованное непроведение исследования скорости клубочковой фильтрации и клиренса креатинина при назначении цефалоспоринов в комбинациях (цефоперазон сульбактам) и карбапенемов (меропенем), что при нарушении фильтрационной функции почек может приводить к повышению сывороточной концентрации и формированию дефицита витамина К с коагулопатией |
| 15 | Непроведение исследования с применением метода амплификации нуклеиновых кислот на возбудители респираторных инфекций (легионелла, гемофильная палочка), что создает риск нарушений при подборе этиотропной противовирусной и/или антибактериальной терапии  |
| 16 | Необоснованное непроведение этиотропной терапии атипичной пневмонии, связанной с новой коронавирусной инфекцией, что создает риск развития и прогрессирования жизнеугрожающей острой дыхательной недостаточности  |
| 17 | Необоснованное отсутствие определения (в динамике) содержания прокальцитонина в крови, что создает риск ненадлежащей диагностики генерализации бактериальной инфекции в организме   |
| 18 | Необоснованное невыполнение ежедневного контроля уровня СРБ и Д-димера у больных с тяжелой формой новой коронавирусной инфекцией, что способствует несвоевременному выявлению развития осложнений и не позволяет подобрать патогенетическое лечение   |
| 19 | Необоснованное непроведение определения содержания тропонина и мозгового натрий-уретического пептида в крови в динамике, что создает риск ненадлежащей диагностики острого коронарного синдрома и острой сердечной недостаточности  |
| 20 | Необоснованное отсутствие суточного наблюдения жизненных функций и параметров, что создает риск пропуска жизнеугрожающих осложнений (острой дыхательной недостаточности, нарушений ритма сердца)  |