

## ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № 1

### К ТАРИФНОМУ СОГЛАШЕНИЮ О РЕАЛИЗАЦИИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГОРОДА БАЙКОНУР НА 2018 ГОД

г. Байконур

*13 февраля 2018г.*

В соответствии с Методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (совместное письмо МЗ РФ №11-7/10/2-357, ФФОМС №811/26-2/и от 24 января 2018 г.)

**Администрация города Байконур** в лице заместителя Главы администрации Адасева Н.П., действующего на основании Соглашения между Российской Федерацией и Республикой Казахстан о статусе города Байконур, порядке формирования и статусе его органов исполнительной власти от 23 декабря 1995 г.;

**Городское управление здравоохранения** в лице исполняющего обязанности начальника Квач Ж.В., действующего на основании Положения и распоряжения Главы администрации города Байконур от 21 июля 2017г. № 01/05/13-386;

**Территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Байконур** в лице директора Григорьевой Н.А., действующего на основании Положения;

**Страховая медицинская организация ООО ВТБ Медицинское страхование** в лице заместителя директора Байконурского филиала ООО ВТБ МС Ж.Н. Избаевой, действующего на основании Положения, доверенности от 12 февраля 2018 г. № 363/18, лицензии ОС №2890-01 от 20 мая 2017 г., ОС № 2890-01 выданной Центральным банком Российской Федерации;

**Общественная организация «Первичная профсоюзная организация комплекса «Байконур» Общественной организации «Общероссийский профессиональный союз работников общего машиностроения»** в лице председателя Лариной С.Н., действующего на основании Устава (вместе именуемые – Стороны), в соответствии с решением Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования жителей города Байконур от 13 февраля 2018 г., протокол № 2, заключили настоящее Дополнительное соглашение к Тарифному соглашению о реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования города Байконур на 2018 год от 19 января 2018г. (далее – Дополнительное соглашение) о нижеследующем:

1. Внести в Тарифное соглашение о реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования города Байконур на 2018 год от 19 января 2018г. (далее – Тарифное соглашение) следующие изменения:

1.1. В приложении 22 к Тарифному соглашению - строку 157 «Среднее кол-во УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях» изложить в следующей редакции:

A23.07.002.060	Изготовление пластинки с окклюзионными накладками		18,0
----------------	---	--	------

1.2. При оказании медицинской помощи в круглосуточном и дневном стационарах применен 2 уровень системы оказания медицинской помощи и коэффициент КУСмо – 1,1.

1.3. В четвертом абзаце подпункт 1.2 Приложения 2 изложить в следующей редакции - Обращение по поводу заболевания считается законченным при достижении результата обращения, предусмотренного пунктом 23 Талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях согласно классификатора НСИ V009.

1.4. В приложение 2 подпункт 1.2. пункт 1 дополнить - Обращения по поводу заболевания при незаконченном случае с результатом обращения «лечение прервано по инициативе ЛПУ» при наличии лабораторных или диагностических исследований, к оплате предъявлять по тарифу обращения.

1.5. Приложение 23 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно Приложению №1 к настоящему Дополнительному соглашению.

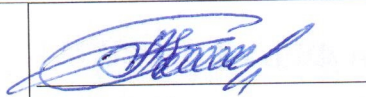
2. Настоящее Дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Тарифного соглашения, вступает в силу с даты подписания и распространяет свое действие на правоотношения, возникшие с 01 февраля 2018 года. Положения Тарифного соглашения, не затронутые настоящим дополнительным соглашением, остаются без изменений.

3. Настоящее Дополнительное соглашение составлено в шести экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному из которых каждая сторона и ФГБУЗ ЦМСЧ №1 ФМБА России.

**ПОДПИСИ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СТОРОН,  
УЧАСТВУЮЩИХ В ТАРИФНОМ СОГЛАШЕНИИ:**

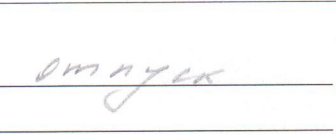
От администрации

города Байконур Заместитель  
Главы администрации  
города Байконур

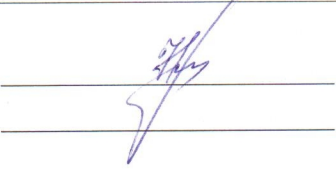
  
\_\_\_\_\_

Н.П. Адасев

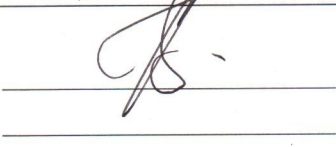
От Городского управления  
здравоохранения

И.о.начальника Городского управления здравоохранения		Ж.В. Квач
---	--	-----------

От Территориального фонда обязательного  
медицинского страхования  
города Байконур

Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования города Байконур		Н.А. Григорьева
---	--	-----------------

От Страховой медицинской организации

Заместитель директора Байконурского филиала ООО ВТБ МС		Ж.Н. Избаева
--	--	--------------

От Общественной организации  
«Первичная профсоюзная организация  
комплекса «Байконур» Общественной  
организации «Общероссийский  
профессиональный союз работников  
общего машиностроения»

Председатель Общественной организации «Первичная профсоюзная организация комплекса «Байконур» Общественной организации «Общероссийский профессиональный союз работников общего машиностроения»		С.Н. Ларина
--	--	-------------

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

Список изменяющих документов

(в ред. Приказов ФФОМС от 21.07.2015 N 130, от 29.12.2015 N 277, от 22.02.2017 N 45)

Код дефекта № в (НСИ)	Дефекты, нарушения	Санкции		Примечание
		Сумма, не подлежащая оплате (уменьшение оплаты), возмещения *	Размер штрафа *	
<b>Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц</b>				
<b>1.1.</b>	<b>Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации:</b>			
1.1.1. (1)	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;	-	0,3	МЭЭ
1.1.2. (2)	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;	-	0,3	МЭЭ
1.1.3. (3)	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, времени доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме. (п.п. 1.1.3 в ред. Приказа ФФОМС от 22.02.2017 № 45)	-	0,3	МЭЭ/ЭКМП

<b>Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования:</b>				
1.2.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	-	1,0	МЭЭ/ЭКМП
1.2.1. (4)				
1.2.2. (5)	повлекший за собой причинение вреда здоровью либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания.		3,0	ЭКМП
1.3.	<b>Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования:</b>			
1.3.1 (6)	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	-	1,0	Не применяется на территории страхования
1.3.2. (7)	повлекший за собой причинение вреда здоровью, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке). (п. 1.3.2 в ред. Пр ФФОМС от 21.07.2015 г. № 130)		3,0	Не применяется на территории страхования
1.4. (8)	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования. (п. 1.4 в ред. Приказа ФФОМС от 21.07.2015 г. № 130)	1,0	1,0	МЭЭ/ЭКМП
1.5. (9)	Приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, лекарственных препаратов и/или медицинских изделий в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в "Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств", согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи. (п. 1.5 в ред. Приказа ФФОМС от 21.07.2015 г. № 130)	0,5	0,5	МЭЭ/ЭКМП

**Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованных лиц:**

2.1 (10)	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет.	-	1,0	МЭЭ
<b>2.2.</b>	<b>Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации:</b>			
2.2.1. (11)	о режиме работы медицинской организации;	-	0,5	МЭЭ
2.2.2. (12)	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;	-	0,5	МЭЭ
2.2.3. (13)	о видах оказываемой медицинской помощи;	-	0,5	МЭЭ
2.2.4. (14)	о показателях доступности и качества медицинской помощи;	-	0,5	МЭЭ
2.2.5. (15)	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;	-	0,5	МЭЭ
2.2.6. (16)	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.	-	0,5	МЭЭ
2.3. (17)	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях.		1,0	МЭЭ
<b>2.4.</b>	<b>Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:</b>			

2.4.1. (18)	о режиме работы медицинской организации;	-	0,5	МЭЭ
2.4.2. (19)	об условия оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, в том числе сроков ожидания медицинской помощи;	-	0,5	МЭЭ
2.4.3. (20)	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;	-	0,5	МЭЭ
2.4.4. (21)	о показателях доступности и качества медицинской помощи;	-	0,5	МЭЭ
2.4.5. (22)	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;	-	0,5	МЭЭ
2.4.6. (23)	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50% скидкой со свободных цен.	-	0,5	МЭЭ
<b>Раздел 3. Дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании медицинской помощи</b>				
3.1. (24)	Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).	0,1	1,0	ЭКМП
3.2.	<b>Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи:</b> <i>(п. 3.2 в ред. Приказа ФФОМС от 21.07.2015 № 130).</i>			
3.2.1. (25)	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	-	МЭЭ/ЭКМП
3.2.2. (26)	приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или)	0,3	-	ЭКМП

	отсутствия письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);			
3.2.3. (27)	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке);	0,4	-	ЭКМП
3.2.4. (28)	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке);	0,9	1,0	ЭКМП
3.2.5. (29)	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке).	1,0	3,0	ЭКМП
<b>3.3.</b>	<b>Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи мероприятиям:</b> <i>(п. 3.3 в ред. Приказа ФФОМС от 21.07.2015 № 130)</i>			
3.3.1. (30)	<i>исключен. - Приказ ФФОМС от 29.12.2015 № 277;</i>			
3.3.2. (31)	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке).	0,4		ЭКМП
3.4. (32)	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).	0,5		ЭКМП
3.5. (33)	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, дефекты лечения, преждевременная выписка), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение в застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 15 дней со дня завершения амбулаторного лечения; повторная госпитализация в течение 30 дней со дня завершения лечения в стационаре; повторный вызов скорой медицинской помощи в течение 24 часов от момента	0,5	-	ЭКМП



	предшествующего вызова. (п. 3.5 в ред. Приказа ФФОМС от 22.02.2017 № 45)				
3.6. (34)	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	0,8	1,0	ЭКМП	
3.7. (35)	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара.	0,7	0,3	ЭКМП	
3.8. (36)	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.	0,6	-	ЭКМП	
3.9. (37)	<i>Утратил силу - Приказ ФФОМС от 21.07.2015 № 130.</i>				
3.10. (38)	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях.	1,0	-	МЭЭ/ЭКМП	
3.11. (39)	<i>Утратил силу. - Приказ ФФОМС от 22.02.2017 N 45.</i>				
3.12. (40)	Необоснованное назначение лекарственных средств – синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения.	0,3		ЭКМП	

3.13. (41)	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.	0,3	0,3	ЭКМП
3.14. (42)	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории) вследствие дефектов при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи. (п.3.14 в ред. Приказа ФФОМС от 29.12.2015 №277	0,9	1,0	ЭКМП
<b>Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации</b>				
4.1. (43)	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.	1,0		МЭЭ/ЭКМП
4.2. (44)	Отсутствие в первичной 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. (п. 4.2 в ред. Приказа ФФОМС от 22.02.2017 N 45)	0,1		МЭЭ/ЭКМП
4.3. (45)	Отсутствие в первичной документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях.	0,1	-	МЭЭ/ЭКМП
4.4. (46)	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переформулирование истории болезни с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания). (п. 4.4 в ред. Приказа ФФОМС от 29.12.2015 N 277)	0,9		МЭЭ/ЭКМП
4.5. (47)	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).	1,0		МЭЭ/ЭКМП

4.6. (127)	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов. (п. 4.6 в ред. Приказа ФФОМС от 21.07.2015 № 130)	1,0	1,0	МЭЭ
4.6.1. (48)	утратили силу. - Приказ ФФОМС от 21.07.2015 № 130;			
4.6.1 (128)	Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы. (п. 4.6.1 в ред. Приказа ФФОМС от 22.02.2017 N 45)			
4.6.2. (49)	утратили силу. - Приказ ФФОМС от 21.07.2015 № 130;			
4.6.2	включение в счет на оплату медицинской помощи/медицинских услуг при отсутствии в медицинском документе сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи пациенту. (п. 4.6.2 введен Приказом ФФОМС от 22.02.2017 N 45)			
<b>Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов</b>				
5.1.	<b>Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов:</b>			
5.1.1. (50)	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	1,0	-	МЭК
5.1.2. (51)	сумма счета не соответствует итоговой сумме представленной медицинской помощи по реестру счетов;	1,0	-	МЭК
5.1.3. (52)	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;	1,0	-	МЭК
5.1.4. (53)	некорректное заполнение полей реестра счетов;	1,0	-	МЭК
5.1.5. (54)	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	1,0	-	МЭК
5.1.6. (55)	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.	1,0	-	МЭК



5.4.1. (64)	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении.	1,0	-	МЭК
<b>5.5.</b>	<b>Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности:</b>			
5.5.1. (66)	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	1,0	-	МЭК
5.5.2. (67)	представление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации;	1,0	-	МЭК
5.5.3. (68)	представление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов).	1,0	-	МЭК/МЭЭ
5.6. (69)	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.	1,0	-	МЭК
<b>5.7.</b>	<b>Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи:</b>			
5.7.1. (70)	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	1,0	-	МЭК
5.7.2. (71)	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	1,0	-	МЭК
5.7.3. (72)	стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;	1,0	-	МЭК

5.7.4. (73)	стоимость услуги включена в норматив финансирования обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования;	1,0	-	МЭК
5.7.5. (74)	включения в реестр счетов следующих видов медицинской помощи: - амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи); - пациенто - дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационар (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях);	1,0	-	МЭК/МЭЭ
5.7.6. (75)	включение в реестр счетов нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.	1,0	-	МЭК/МЭЭ

**Примечание:**

Общий размер санкций (С), применяемых к медицинским организациям, рассчитывается по формуле:  $C = H + C_{шт}$ , где:

H – размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

$C_{шт}$  - размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неокказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

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

$H = RT \times K_{но}$  - где:

RT – размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи;

$K_{но}$  - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшение оплаты медицинской помощи) к порядку организации и проведения контроля (далее – Перечень оснований), предусмотренным в порядке организации и проведения контроля:

Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неокказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества  $C_{шт}$ , рассчитывается по формуле:  $C_{шт} = РП \times K_{шт}$  где:

РП – размер подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи;

$K_{шт}$  - коэффициент для определения размера штрафа в соответствии с Перечнем оснований.