Приложение 25

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи,

а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание

либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Перечень дефектов, нарушений | | Санкции | |
| Коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской  помощи | Коэффициент для определения  размера штрафа |
| Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц | | | | |
| 1. 1. | Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе: | | | |
| 1. 1. 1. | на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования; | |  | 0,3 |
| 1. 1. 2. | на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации; | |  | 0,3 |
| 1. 1. 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. (пп.1.1.3 в ред. Приказа ФФОМС от 22.02.2017 №45) | |  | 0,3 |
| 1. 2. | Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, в том числе: | | | |
| 1. 2. 1. | не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания; | |  | 1,0 |
| 1. 2. 2. | повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания; | |  | 3,0 |
| 1. 3. | 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, в том числе: | | | |
| 1. 3. 1. | не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания; | |  | 1,0 |
| 1. 3. 2. | 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. Приказа ФФОМС от 21.07.2015 № 130) | |  | 3,0 |
| 1.4. | 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 № 130) | | 1,0 | 1,0 |
| 1.5. | 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 № 130) | | 0,5 | 0,5 |
| Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения | | | | |
| 2.1. | Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети «Интернет». | |  | 1,0 |
| 2.2. | Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети «Интернет» следующей информации: | | | |
| 2.2.1. | о режиме работы медицинской организации; | |  | 0,5 |
| 2.2.2. | об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи; | |  | 0,5 |
| 2.2.3. | о видах оказываемой медицинской помощи; | |  | 0,5 |
| 2.2.4. | о показателях доступности и качества медицинской помощи; | |  | 0,5 |
| 2.2.5. | о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно; | |  | 0,5 |
| 2.2.6. | 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 |
| 2. 3. | Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях. | |  | 1,0 |
| 2. 4. | Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации: | | | |
| 2. 4. 1. | о режиме работы медицинской организации; | |  | 0,5 |
| 2. 4. 2. | об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи; | |  | 0,5 |
| 2. 4. 3. | о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации; | |  | 0,5 |
| 2. 4. 4. | о показателях доступности и качества медицинской помощи; | |  | 0,5 |
| 2. 4. 5. | о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно; | |  | 0,5 |
| 2. 4. 6. | 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 |
| Раздел 3. Дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании медицинской помощи | | | | |
| 3. 1. | | Доказанные в установленном порядке: | | |
| 3.1.1. | | нарушение врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц); | 0,1 | 1,0 |
| 3.1.2. | | разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицам, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных и иных обязанностей, установленное по обращению застрахованного лица путем проведения административного расследования медицинской организации или мер, принятых компетентными органами; | 0,1 | 1,0 |
| 3.1.3. | | несоблюдение врачебной тайны, в том числе конфиденциальности персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, установленное компетентными органами по обращению застрахованного лица. | 0,1 | 1,0 |
| 3. 2. | | 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: (п.3.2 в ред. Приказа ФФОМС от 21.07.2015 № 130) | | |
| 3. 2. 1. | | не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица; | 0,1 |  |
| 3. 2. 2. | | приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) отсутствия письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях); | 0,3 |  |
| 3. 2. 3. | | 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 от лечения, оформленного в установленном порядке); | 0,4 |  |
| 3. 2. 4. | | приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке); | 0,9 | 1,0 |
| 3.2. 5. | | приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке). | 1,0 | 3,0 |
| 3. .3. | | 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 мероприятий: (п.3.3 в ред. Приказа ФФОМС от 21.07.2015 № 130) | | |
| 3.3.1 | | исключён – Приказ ФФОМС от 29.12.2015 № 277; | | |
| 3. 3. 2. | | 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 от лечения, оформленного в установленном порядке). | 0,4 |  |
| 3.4. | | Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения). | 0,5 |  |
| 3 .5. | | Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, дефекты лечения, преждевременная выписка), 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 **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 предшествующего вызова. (п.3.5 в ред. Приказа ФФОМС от 22.02.2017 № 45) | 0,5 |  |
| 3. 6. | | 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 |
| 3. 7. | | 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 |
| 3. 8. | | Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям. | 0,6 |  |
| 3.9 | | Утратил силу – Приказ ФФОМС от 21.07.2015 № 130 | | |
| 3. 10. | | 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 |  |
| 3. 11. | | Утратил силу. - [Приказ](consultantplus://offline/ref=E583DA975F9985ADFE3355C1933467C2BAFE09450BE887D6E733BCAB6BBA8EFE3F1B12AE0C97174Fm3OCE) ФФОМС от 22.02.2017 N 45. | | |
| 3. 12. | | Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное 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 |  |
| 3. 13. | | Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством | 0,3 | 0,3 |
| 3. 14. | | 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 |
| Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации | | | | |
| 4. 1. | Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин | | 1,0 |  |
| 4. 2. | 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 № 45) | | 0,1 |  |
| 4. 3. | 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 |  |
| 4. 4. | Наличие признаков искажений сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление 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 № 277) | | 0,9 |  |
| 4. 5. | Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует табелю учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.). | | 1,0 |  |
| 4. 6. | Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов. (п.4.6 в ред. Приказа ФФОМС от 21.07.2015 № 130) | | 1,0 | 1,0 |
| 4.6.1 | Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы. (пп.4.6.1 в ред. Приказа ФФОМС от 22.02.2017 № 45) | | - | - |
| 4.6.2 | Включение в счет на оплату медицинской помощи/медицинских услуг при отсутствии в медицинском документе сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи пациенту. (пп.4.6.2 в ред. Приказа ФФОМС от 22.02.2017 № 45) | | - | **-** |
| Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов | | | | |
| 5.1. | Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе: | | | |
| 5.1.1. | наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета; | | 1,0 |  |
| 5.1.2. | сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов; | | 1,0 |  |
| 5.1.3. | наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению; | | 1,0 |  |
| 5.1.4. | некорректное заполнение полей реестра счетов; | | 1,0 |  |
| 5.1.5. | заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку); | | 1,0 |  |
| 5.1.6. | дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты. | | 1,0 |  |
| 5.2. | Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации: | | | |
| 5.2.1. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией; | | 1,0 |  |
| 5.2.2. | введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса ОМС, адресе и т.д.); | | 1,0 |  |
| 5.2.3. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившего полис ОМС на территории другого субъекта РФ; | | 1,0 |  |
| 5.2.4. | наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах; | | 1,0 |  |
| 5.2.5. | включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории РФ. | | 1,0 |  |
| 5.3. | Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС: | | | |
| 5.3.1. | включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в Территориальную программу ОМС; | | 1,0 |  |
| 5.3.2. | предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы; | | 1,0 |  |
| 5.3.3. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования). | | 1,0 |  |
| 5.4. | Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь: | | | |
| 5.4.1. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении; | | 1,0 |  |
| 5.4.2. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении. | | 1,0 |  |
| 5.5. | Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности: | | | |
| 5.5.1. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации; | | 1,0 |  |
| 5.5.2. | предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации; | | 1,0 |  |
| 5.5.3. | предоставление 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 |  |
| 5.6. | Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи. | | 1,0 |  |
| 5.7. | Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи: | | | |
| 5.7.1 | позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее); | | 1,0 |  |
| 5.7.2. | дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре; | | 1,0 |  |
| 5.7.3. | стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией; | | 1,0 |  |
| 5.7.4. | стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованных в системе ОМС. | | 1,0 |  |
| 5.7.5. | Включения в реестр счетов 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 и проведения процедуры гемодиализа);  - 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 |  |
| 5.7.6. | Включение в реестр счетов нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения. | | 1,0 |  |

По результатам медико-экономического контроля реестров, прилагаемых к счетам медицинских организаций, финансируемых по подушевому принципу, сумма счёта не уменьшается.

Расчет финансовых санкций

**1.Общий размер санкций** (С), применяемых к медицинским организациям, рассчитывается по формуле:

С = Н + Сшт,

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

Cшт – размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

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

Н = РТ × Кно,

где: PT – размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи;

Kно – коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) к порядку организации и проведения контроля (далее – Перечень оснований), предусмотренным в порядке организации и проведения контроля.

Для п. 4.6.1 по формуле: Н = РТ КСГ (СМО)- РТ КСГ (МО)

РТ КСГ (СМО) – тариф КСГ на оплату медицинской помощи, выявленный при проведении МЭЭ и/или ЭКМП

РТ КСГ (МО) – тариф КСГ на оплату медицинской помощи, предъявленный медицинской организацией на оплату за оказанную медицинскую помощь.

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

Cшт = РП × Кшт,

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;

Кшт – коэффициент для определения размера штрафа устанавливается в соответствии с Перечнем оснований.