Приложение № 4

к Тарифному Соглашению

от 27 декабря 2018 года

**Размеры 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**

1. Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, согласно [статье 41](consultantplus://offline/ref=7484D6206EBB0491A9A939F7545335759CCF93DA7EA0F3843272D3777AE6A1DC0BF912099CE074FFUDdEJ) Федерального закона удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и порядком организации и проведения контроля*.*

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

,

где:

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

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

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

,

где:

РТ - размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь.

 - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи (таблица 1).

Коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи применяется в зависимости от вида выявленных нарушений (согласно Перечню оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты), установленным приказом ФОМС от 01.12.2010 №230) и соответствующих им размеров, установленным п.127.4 приказа Минздрава России от 06.08.2015 №536н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Минздравсоцразвития от 28.02.2011 № 158н».

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

,

где:

РП - размер подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного территориальной программой ОМС в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания (отказа в оказании) медицинской помощи;

 - коэффициент для определения размера штрафа (таблица 1).

Данный коэффициент применяется в зависимости от вида выявленных нарушений (согласно Перечню оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты), установленным приказом ФОМС от 01.12.2010 №230) и соответствующих им размеров, установленным п.127.5 приказа Минздрава России от 06.08.2015 №536н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Минздравсоцразвития от 28.02.2011 № 158н».

**Таблица 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Перечень дефектов, нарушений | Размер **Кно\*** | Размер **Кшт\*\*** |
| ***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 ОМС; |  | 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. |  | 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). |  | 3,0 |
| 1.4. | Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования. | 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. | 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 помощи1*** | | | |
| 3.1. | Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц). | 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:* | | |
| 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:* | | |
| 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 вызова4. | 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 |  |
| 3.10. | 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 |  |
| 3.12. | 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. | 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 причин2. | 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. | 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 искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление истории болезни, с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиий, клинической картине заболевания). | 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. | 1,0 | 1,0 |
| 4.6.1. | Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы |  |  |
| 4.6.2. | Включение в счет на оплату медицинской помощи/медицинских услуг при отсутствии в медицинском документе сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи пациенту. |  |  |
| ***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: | 1,0 |  |
| 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: | 1,0 |  |
| 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 амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованное 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 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). **3** | 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 |  |

***Примечания:***

**1**Не должны считаться дефектами медицинской помощи ошибки лечения, нарушения ведения больных и ситуации, обусловленные объективными, не зависящими от медицинских работников и администрации МО причинами, например, атипичным течением заболевания, объективной сложностью диагностики, форс-мажорными обстоятельствами (карантин и другие чрезвычайные ситуации).

**2**Уважительной причиной считается передача документа в другие МО, в патологоанатомическое отделение, в другие правомочные учреждения, физическая утрата документа при объективных чрезвычайных обстоятельствах. Передача документации из МО должна быть соответствующим образом оформлена (карточка, расписка).

**3**Не должны считаться нарушением: 1) включение в реестр счетов медицинской помощи амбулаторных посещений нефролога с целью проведения хронического гемодиализа или перитонеального диализа пациентами с хронической почечной недостаточностью в период их госпитализации в круглосуточный или дневной стационар по поводу заболеваний, состояний, не связанных с хронической почечной недостаточностью; 2) включение в реестр счетов медицинской помощи случаев пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре в период этапного лечения пациента в дневном стационаре (по поводу вирусного гепатита С, а так же случаев лечения ЗНО, требующих длительного применения противоопухолевых препаратов в условиях дневного стационара (в частности с диагнозами C34, C43, C64, C73)).

**4**Не должны считаться нарушениями при оказании медицинской помощи случи повторных амбулаторных посещений или обращений, случаи повторных госпитализаций в круглосуточный или дневной стационар с целью проведения этапного лечения.

\* В случаях, если финансирование осуществляется по подушевому нормативу (при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу, а также при оказании СМП) размер снижения оплаты исчисляется исходя из размера тарифа, действующего на дату оказания медицинской помощи, а также тарифа вызова СМП с проведением системного тромболизиса.

\*\*Размер штрафов исчисляется от годового подушевого норматива финансирования, установленного территориальной программой ОМС Ростовской области на 2019 год.

\*\*\*Применяется без учета поквартальной разбивки.