Приложение № 4

к Тарифному Соглашению

от 29 декабря 2020 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 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), установленному приказом ФОМС от 28.02.2019 №36) и соответствующих им размеров, установленным п.148 приказа Минздрава России от 28.02.2019 №108н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования».

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

,

1) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

Сшт = РПА базовый x Кшт,

где:

РПА базовый - подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

Кшт - коэффициент для определения размера штрафа;

2) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации:

Сшт = РПСМП базовый x Кшт,

где:

РПСМП базовый - подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

Кшт - коэффициент для определения размера штрафа;

3) при оказании медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара:

Сшт = РПст x Кшт,

где:

РПст - подушевой норматив финансирования, установленный в соответствии с территориальной программой на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

Кшт - 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), установленному приказом ФОМС от 28.02.2019 №36) и соответствующих им размеров, установленным п.149 приказа Минздрава России от 28.02.2019 №108 «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования».

 **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, 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; |  | 0,3 |
| 1.1.4 | 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. |  |  |
| 1.2. | *Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, в том числе:* |
| 1.2.1. | не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания; |  | 1,0 |
| 1.2.2. | повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, 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, 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. | 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; |  | 0,3 |
| 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; |  | 0,3 |
| 2.2.3. | о видах оказываемой медицинской помощи; |  | 0,3 |
| 2.2.4. | о критериях доступности и качества медицинской помощи; |  | 0,3 |
| 2.2.5. | о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов; |  | 0,3 |
| 2.2.6. | о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой. |  | 0,3 |
| 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; |  | 0,3 |
| 2.4.2. | об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи; |  | 0,3 |
| 2.4.3. | о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации; |  | 0,3 |
| 2.4.4. | о критериях доступности и качества медицинской помощи; |  | 0,3 |
| 2.4.5. | о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов; |  | 0,3 |
| 2.4.6. | о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой. |  | 0,3 |
| ***Раздел 3. Нарушения при оказании медицинской помощи1*** |
| 3.1. | Случаи нарушения врачебной этики и деонтологии медицинскими работниками (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, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе 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 |  |
| 3.2.2. | приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательств, 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. | приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях) | 0,9 | 1,0 |
| 3.2.5. | приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях); | 1,0 | 3,0 |
| 3.2.6. | 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; | - | - |
| 3.3. | *Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий:* |
| 3.3.1. | 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). |  |  |
| 3.4. | 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 |  |
| 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 тридцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, стационарно (повторная госпитализация); повторный вызов скорой медицинской помощи в течение двадцати четырех часов от момента предшествующего вызова.4 | 0,3 |  |
| 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 | 1,0 |
| 3.7. | Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре | 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. | 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. |  |  |
| 3.10. | Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение аналогичных лекарственных препаратов, связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию оказания медицинской помощи. | 0,3 |  |
| 3.11. | Невыполнение по вине медицинской организации патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством |  | **-** |
| 3.12. | . Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории вследствие нарушений при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи. | 0,9 | 1,0 |
| ***Раздел 4. Дефекты оформления медицинской документации******в медицинской организации*** |
| 4.1. | Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.2 | 1,0 | 1,0 |
| 4.2. | 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. | 0,1 |  |
| 4.3. | Отсутствие в документации информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство <26> или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях. | 0,1 |  |
| 4.4. | Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятий, клинической картине заболевания). | 0,5 |  |
| 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 медицинской документации данным реестра счетов, в том числе: |  |  |
| 4.6.1.  | Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы.\*\*\*\* |  | 0,3 |
| 4.6.2. | Включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу. | 1,0 | 1,0 |
| ***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, в том числе отсутствие указаний о включении в группу диспансерного наблюдения лица, которому установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение; | 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 обязательного медицинского страхования, адресе и т.д.); | 1,0 |  |
| 5.2.3. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис обязательного медицинского страхования на территории другого субъекта Российской Федерации; | 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 обязательному медицинскому страхованию на территории Российской Федерации. | 1,0 |  |
| 5.3. | Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в территориальную программу обязательного медицинского страхования, в том числе: |  |  |
| 5.3.1. | Включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования; | 1,0 |  |
| 5.3.2.\*\*\* | Предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования; | 1,0 |  |
| 5.3.3. | Включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей 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 оплату медицинской помощи, в том числе: |  |  |
| 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 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, в том числе: | 1,0 |  |
| 5.5.1. | Включение в реестр счетов страховых случаев 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 на осуществление медицинской деятельности; | 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 страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, 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 случаев оказания медицинской помощи, в том числе: | 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 медицинской 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 медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное в системе обязательного медицинского страхования. | 1,0 |  |
| 5.7.5. | Включения в реестр счетов медицинской помощи:- амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара, дневного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, дневного стационара, а также консультаций в других медицинских организациях);- дней лечения застрахованного лица в условиях дневного стационара в период пребывания пациента в условиях стационара (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 страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана застрахованному лицу стационарно в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения. | 1,0 |  |
| 5.8. | Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом. | 1,0 |  |

***Примечания:***

**1**Не должны считаться нарушениями при оказании 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 в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном или дневном стационаре: 1) включение в реестр счетов медицинской помощи амбулаторных посещений нефролога другой МО с целью проведения хронического гемодиализа или перитонеального диализа пациентами с хронической почечной недостаточностью; 2) включение в реестр счетов медицинской помощи этапного лечения застрахованного лица в дневном стационаре другой МО: а) по поводу вирусного гепатита С, б) при ЗНО с применением противоопухолевых препаратов в условиях медицинской организации, оказывающей специализированную помощь по профилю «онкология»).

**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.

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

\*\*\*\* В случаях, когда по результатам медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи устанавливается некорректное применение тарифа, требующего его замены (пункт 4.6.1 Перечня оснований), страховая медицинская организация осуществляет оплату медицинской помощи с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить.