Приложение 30

**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. |  | 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 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: |
| 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: |
| 3. .3. 1. | **Искл. Приказом ФОМС 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. | Повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения и 90 дней со дня завершения лечения в стационаре, вследствие отсутствия положительной динамики в состоянии здоровья, подтвержденное проведенной целевой или плановой экспертизой (за исключением случаев этапного лечения).  | 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. 11. | Неправильное действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания). | 0,9 | 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 причин  | 1,0 |  |
| 4. 2. | Дефекты оформления первичной медицинской документации (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления 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 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).  | 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 по клинико- статистической группе, требующее его замены по результатам экспертизы (в ред. изменений в Тарифное соглашение от 17.05.2016 г.) | расчетное значение  | 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; | 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 |  |
| Раздел 6. Для случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации  |
| Раздел 6. 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц |
| 6.1.1. | Увеличение сроков ожидания скорой медицинской помощи: |
| 6. 1. 1. 1. | От 50 до 100 процентов от норматива, установленного территориальной программой государственных гарантий: |
| 6. 1. 1. 1. 1. | не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания; |  | 0,01  |
| 6. 1. 1. 1. 2. | повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риска возникновения нового заболевания; |  | 0,2 |
| 6. 1. 1. 2. | Более 100 процентов от норматива, установленного территориальной программой государственных гарантий |
| 6. 1. 1. 2. 1. | не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания; |  | 0,1  |
| 6. 1. 1. 2..2. | повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риска возникновения нового заболевания; |  | 0,5  |
| 6. 1. 2. | Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании скорой медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС (устанавливается по обращениям застрахованных лиц или их представителей), в том числе: |
| 6. 1. 2. 1. | не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания; |  | 1,0 |
| 6. 1. 2. 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 |
| 6. 1. 2. .3. |  приведший к летальному исходу (за исключением случаев  отказа застрахованного лица, оформленного в установленном  порядке); | 1,0 | 5,0 |
| 6. 1. 3. | Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании скорой 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: |
| 6. 1. 3. 1. | не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания; |  | 1,0 |
| 6. 1.3. 2. | повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания; |  | 3,0 |
| 6. 1.3.3. |  приведший к летальному исходу (за исключением случаев  отказа застрахованного лица, оформленного в установленном  порядке). | 1,0 | 5,0 |
| 6.1.4. |  Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную скорую медицинскую помощь: |
| 6.1.4.1. |  предусмотренную территориальной программой  обязательного медицинского страхования; | 1,0 | 1,0 |
| 6.1.4.2. |  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. | 1,0 | 1,0 |
| Раздел 6. 2. Отсутствие информированности застрахованного населения |
| 6.2.1. | Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети «Интернет» следующей информации: |
| 6.2.1.1. | об условиях оказания скорой медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания скорой медицинской помощи; |  | 0,5 |
| 6.2.1.2 | о показателях доступности и качества скорой медицинской помощи. |  | 0,5 |
| Раздел 6. 3. Дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании медицинской помощи |
| 6. 3. 1.  |  Доказанные в установленном порядке : |
| 6. 3. 1. 1. |  нарушение врачебной этики и деонтологии работниками  медицинской организации (устанавливаются по обращениям  застрахованных лиц); | 0,1 | 1,0 |
| 6. 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 |
| 6. 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 |
| 6. 3. 2. | Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи: |
| 6. 3. 2. 1. | не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица; | 0,1 |  |
| 6. 3. 2. 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  |  |
| 6. 3. 2. 3. | приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке). | 1,0 | 3,0 |
| 6. 3. 3. | Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий: |
| 6. 3. 3. 1. | приведших к удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица; | 0,15   |  |
| 6. 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 |  |
| 6. 3. 4. | Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения) |
| 6. 3. 4. 1. |  не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица; |  0,25  |  |
| 6. 3. 4. 2. | приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке); | 0,5 | 1,0  |
| 6. 3. 4. 3. | приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке). | 1,0 |  3,0  |
| 6. 3. 5. | Повторное обоснованное обращение застрахованного лица за оказанием скорой медицинской помощи по поводу того же заболевания в течение 24 часов в результате дефекта оказания медицинской помощи. | 0,5 |  |
| 6. 3. 6.  | Неправильное действие или бездействие при оказании скорой медицинской помощи, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания). | 0,9 | 1,0 |
| 6. 3. 7. | 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 |  |
| 6. 3. 8. | Наличие расхождений диагноза основного заболевания (травмы) скорой медицинской помощи и диагноза, установленного в приемном отделении медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь на госпитальном этапев результате невнимательного и поверхностного осмотра и/или обследования пациента | 0,25 |  |
| Раздел 6. 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации |
| 6. 4. 1. | Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин  | 1,0 |  |
| 6. 4. 2. | Дефекты оформления первичной медицинской документации (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления скорой медицинской помощи). | 0,1 |  |
| 6. 4. 3. | Наличие признаков искажений сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и/или лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).  | 0,9 |  |
| 6. 4. 4. | Несоответствие данных медицинской документации данным счета и реестра счетов на оплату скорой медицинской помощи | 1,0 | 1,0 |
| 6. 4. 4. 3. | несоответствие диагноза, согласно первичной медицинской документации, застрахованного лица диагнозу, указанному в реестре счета. | 0,1  |  |
| Раздел 6. 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов |
| 6. 5. 1. | Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе: |
| 6. 5.1.1 | наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета; | 1,0 |  |
| 6. 5.1.2 | сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов; | 1,0 |  |
| 6. 5.1.3 | наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению; | 1,0 |  |
| 6. 5.1.4 | некорректное заполнение полей реестра счетов; | 1,0 |  |
| 6. 5.1.5 | заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку); | 1,0 |  |
| 6. 5. 1.6 | дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты; | 1,0 |  |
| 6. 5.1.7. | несоответствие кода услуги диагнозу, полу, возрасту, профилю отделения/ специалиста. | 1,0 |  |
| 6. 5. 2. | Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации: |
| 6. 5. 2. 1. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией; | 1,0 |  |
| 6. 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 |  |
| 6. 5. 2. 3. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившего полис ОМС на территории другого субъекта Российской Федерации; | 1,0 |  |
| 6. 5. 2. 4. | включение в реестры счетов случаев оказания скорой медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории Российской Федерации.  | 1,0 |  |
| 6. 5. 3. | Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь. | 1,0 |  |
| 6. 5. 4.  | Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи. | 1,0 |  |
| 6. 5. 5. | Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи: |
| 6. 5. 5. 1. | позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее); | 1,0 |  |
| 6. 5. 5. 2. | дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре счетов. | 1,0 |  |

По результатам медико-экономического контроля реестров, прилагаемых к счетам медицинских организаций, финансируемых по подушевому принципу, сумма счета 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 пункта 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.