

**Приложение 3
к Тарифному соглашению на 2016 год**

**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**

Дефекты медицинской помощи и/или нарушения при оказании медицинской помощи		Размер неоплаты, неполной оплаты	Размер 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;	-	30% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
1.1.2.	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;	-	30% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
1.1.3.	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке.	-	30% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи

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;	-	100% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
1.2.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания.	-	300% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
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;	-	100% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
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).	-	300% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.	100% стоимости случая лечения	100% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи

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.	50% стоимости случая лечения	50% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения			
2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет.	-	100% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.2. Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации:			
2.2.1.	о режиме работы медицинской организации;	-	50% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
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;	-	50% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи;	-	50% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи

2.2.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;	-	50% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
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;	-	50% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
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.	-	50% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.3.	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях.	-	100% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.4. Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:			
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации;	-	50% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
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;	-	50% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи

2.4.3.	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;	-	50% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.4.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;	-	50% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
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;	-	50% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
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.	-	50% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
Раздел 3. Дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи			
3.1.	Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).	10% стоимости случая лечения	100% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
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;	10% стоимости случая лечения	

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);	30% стоимости случая лечения	
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);	40% стоимости случая лечения	
3.2.4.	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);	90% стоимости случая лечения	100% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
3.2.5.	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	100% стоимости случая лечения	300% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
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.	приведших к удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица;	-	-
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).	40% стоимости случая лечения	-
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).	50% стоимости случая лечения	-

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).	50% стоимости случая лечения	-
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.	80% стоимости случая лечения	100% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
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.	70% стоимости случая лечения	30% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
3.8.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.	60% стоимости случая лечения	-
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.	100% стоимости случая лечения	-
3.11.	Действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания).	90% стоимости случая лечения	100% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
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.	30% стоимости случая лечения	-

3.13.	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.	30% стоимости случая лечения	30% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
3.14.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории.	90% стоимости случая лечения	100% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
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.	100% стоимости случая лечения	-
4.2.	Дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи).	10% стоимости случая лечения	-
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.	10% стоимости случая лечения	-
4.4.	Наличие признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление истории болезни, с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	90% стоимости случая лечения	-
4.5.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).	100% стоимости случая лечения	-

4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов.	100% стоимости случая лечения	100% размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
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;	100% стоимости случая лечения	-
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	100% стоимости случая лечения	-
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;	100% стоимости случая лечения	-
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	100% стоимости случая лечения	-
5.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	100% стоимости случая лечения	-
5.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.	100% стоимости случая лечения	-
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;	100% стоимости случая лечения	-
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.);	100% стоимости случая лечения	-
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис ОМС на территории другого субъекта РФ;	100% стоимости случая лечения	-
5.2.4.	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах;	100% стоимости случая лечения	-

5.2.5.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории РФ.	100% стоимости случая лечения	-
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;	100% стоимости случая лечения	-
5.3.2.	предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы;	100% стоимости случая лечения	-
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).	100% стоимости случая лечения	-
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;	100% стоимости случая лечения	-
5.4.2.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.	100% стоимости случая лечения	-
5.5. Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности:			
5.5.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	100% стоимости случая лечения	-
5.5.2.	предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации;	100% стоимости случая лечения	-

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).	100% стоимости случая лечения	-
5.6.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.	100% стоимости случая лечения	-
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);	100% стоимости случая лечения	-
5.7.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	100% стоимости случая лечения	-
5.7.3.	стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;	100% стоимости случая лечения	-
5.7.4.	стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованное в системе ОМС.	100% стоимости случая лечения	-
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 стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях).	100% стоимости случая лечения	-
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.	100% стоимости случая лечения	-