Приложение 3

к Дополнительному соглашению

Приложение № 3/июнь – декабрь

к Генеральному тарифному

соглашению на 2014 год

# Размеры сумм, не подлежащих оплате (уменьшения оплаты), и размеры штрафов

| № | Основания для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) | Сумма, не подлежащая оплате (уменьшения оплаты, возмещения) | 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; | – | 100 % размера ПНФ ТП ОМС[[1]](#footnote-2) |
| 1.1.2. | на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации; | – | 100 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 1.1.3. | нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке. | – | 10 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 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; | – | 5 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 1.2.2. | повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания. | – | 10 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 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; | – | 5 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 1.3.2. | повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания. | – | 10 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 1.4. | Взимание платы с застрахованных лиц (в рамках добровольного медицинского страхования или в виде оказания платных услуг) за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования. | 100 % стоимости **предъявленной к оплате** медицинской помощи **(отдельной медицинской услуги),** оплаченной застрахованным лицом, но не более суммы тарифа, установленного ГТС[[2]](#footnote-3), и если возврат денежных средств застрахованному лицу не произведен медицинской организацией. | В размере 10 % (100 % – если возврат денежных средств застрахованному лицу не произведен медицинской организацией) суммы, необоснованно полученной от застрахованного лица. |
| 1.5. | Приобретение пациентом лекарственных средств и изделий медицинского назначения в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств», «Формуляр лечения стационарного больного», согласованные и утвержденные в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи. | 100 % размера суммы, неправомерно затраченной застрахованным лицом, но не более суммы тарифа, установленного ГТС, и если возврат денежных средств застрахованному лицу не произведен медицинской организацией. | В размере 10 % (100 % – если возврат денежных средств застрахованному лицу не произведен медицинской организацией) суммы, неправомерно затраченной пациентом. |
|  | **Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения** | | |
| 2.1. | Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети «Интернет». |  | 25 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 2.2. | Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети «Интернет» следующей информации: | | |
| 2.2.1. | о режиме работы медицинской организации; |  | 25 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 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; |  | 25 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 2.2.3. | о видах оказываемой медицинской помощи; |  | 25 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 2.2.4. | о показателях доступности и качества 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; |  | 25 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 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. |  | 25 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 2.3. | Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях. |  | 25 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 2.4. | Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации: | | |
| 2.4.1. | о режиме работы медицинской организации; |  | 25 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 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; |  | 25 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 2.4.3. | о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации; |  | 25 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 2.4.4. | о показателях доступности и качества 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; |  | 25 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 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. |  | 25 % размера ПНФ ТП ОМС |
|  | **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 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 3.2. | Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи: | | |
| 3.2.1. | не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица; | 5 % размеров оплаты случая оказания медицинской помощи | – |
| 3.2.2. | приведшее 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); | - | – |
| 3.2.3. | 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); | 5 % размеров оплаты случая оказания медицинской помощи – при ухудшении состояния,  10 % размеров оплаты случая оказания медицинской помощи – при развитии нового заболевания, осложнения | – |
| 3.2.4. | приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке); | 100 % размеров оплаты случая оказания медицинской помощи | – |
| 3.2.5. | приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке). | 100 % размеров оплаты случая оказания медицинской помощи | – |
| 3.3. | Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами 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). | 5 % размеров оплаты случая оказания медицинской помощи – при ухудшении состояния,  10 % размеров оплаты случая оказания медицинской помощи – при развитии нового заболевания, осложнения | – |
| 3.4. | Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения). | 10 % размеров оплаты тарифа[[3]](#footnote-4) | – |
| 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 %, за исключением иных оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), выявленных при экспертизе случаев оказания медицинской помощи, предшествовавших повторному обоснованному обращению | – |
| 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. | 10 % размеров оплаты периода лечения сверх срока по медицинским показаниям для данного этапа оказания медицинской помощи – при удлинении сроков лечения;  5 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи – при ухудшении состояния. | – |
| 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. | 10 % стоимости за каждый случай оказания 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. | – | – |
| 3.9. | Необоснованное удлинение сроков лечения по вине медицинской организации, а также увеличение количества медицинских услуг, посещений, койко-дней, не связанное с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в рамках стандартов медицинской помощи. | – | – |
| 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 % размеров оплаты медицинских услуг, необоснованно предъявленных к оплате | – |
| 3.11. | Действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания). | 50 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи – при развитии нового заболевания;  100 % – при социально значимых последствиях (инвалидизация, летальный исход) | – |
| 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. | 5 % стоимости тарифа, установленного ГТС | – |
| 3.13. | Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством. | – | – |
| 3.14. | Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории. | – | – |
|  | **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 % размеров оплаты тарифа | - |
| 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). | 5 % размера оплаты тарифа |  |
| 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. | – | – |
| 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). | – | – |
| 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.). | 100 % размеров оплаты медицинских услуг, необоснованно предъявленных к оплате (после принятия нормативных документов, устанавливающих процедуру контроля) | – |
| 4.6. | Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов, в том числе: | | |
| 4.6.1. | включение в счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов посещений, койко-дней и др., не подтвержденных первичной медицинской документацией; | 100 % стоимости услуг, не подтвержденных первичной медицинской документацией | - |
| 4.6.2. | несоответствие сроков лечения, согласно первичной медицинской документации, застрахованного лица срокам, указанным в реестре счета; | 100 % стоимости услуг, не соответствующих срокам лечения | – |
|  | **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 за каждый случай оказания медицинской помощи | – |
| 5.1.2. | сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов; | 100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | – |
| 5.1.3. | наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению; | 100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | – |
| 5.1.4. | некорректное заполнение полей реестра счетов; | 100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | – |
| 5.1.5. | заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку); | 100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | – |
| 5.1.6. | дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты. | – | – |
| 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 за каждый случай оказания медицинской помощи | – |
| 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 за каждый случай оказания медицинской помощи | – |
| 5.2.3. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившего полис ОМС на территории другого субъекта РФ; | 100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | – |
| 5.2.4. | наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах; | 100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | – |
| 5.2.5. | включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории РФ. | 100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | – |
| 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 за каждую услугу, не входящую в Территориальную программу ОМС | – |
| 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 предъявленных к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы |  |
| 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 за каждый случай оказания медицинской помощи | – |
| 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 за каждый случай оказания медицинской помощи | – |
| 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 за каждый случай оказания медицинской помощи – при МЭК4;  Сумма, на которую тариф, предъявленный к оплате, превышает тариф, который следует предъявить к оплате по результатам МЭЭ, ЭКМП | – |
| 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; | 100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | – |
| 5.5.2. | предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации; | 100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | – |
| 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 за каждый случай оказания медицинской помощи | – |
| 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 услуги, оказанной врачом, не имеющим сертификата специалиста, за исключением случаев оказания медицинской помощи врачами–стажерами в соответствии с нормативными документами Минздрава России | – |
| 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 за каждый случай оказания медицинской помощи | – |
| 5.7.2. | дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре; | 100 % стоимости каждого случая, предъявленного к оплате повторно | – |
| 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 отдельной услуги, включенной в реестр счетов необоснованно | – |
| 5.7.4. | стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованных в системе ОМС. | – | – |
| 5.7.5. | включение 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 за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр необоснованно, за исключением амбулаторных посещений (услуг) по поводу другого заболевания. | – |
| 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 за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр необоснованно | – |

**Для случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации**

| № | Основания для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) | Сумма, не подлежащая оплате (уменьшения оплаты, возмещения) | Размер штрафа |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Раздел 6. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц** | | |
| 6.1. | Увеличение сроков ожидания скорой медицинской помощи: | | |
| 6.1.1. | от 50 до 100 процентов от норматива, установленного территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Ингушетия; | Не применять до установления нормативных документов, устанавливающих процедуру и критерии оценки нормативов (сроков ожидания) | – |
| 6.1.1.1. | не повлекшее за собой причинение вреда здоровью, не создавшее риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавшее риска возникновения нового заболевания; | – |
| 6.1.1.2. | повлекшее за собой причинение вреда здоровью, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания; | – |
| 6.1.2. | более 100 процентов от норматива, установленного территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Ингушетия; | – |
| 6.1.2.1. | не повлекшее за собой причинение вреда здоровью, не создавшее риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавшее риска возникновения нового заболевания; | – |
| 6.1.2.2. | повлекшее за собой причинение вреда здоровью, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания; | – |
| 6.2. | 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: | | |
| 6.2.1. | не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания; | \_ | 5 % тарифа[[4]](#footnote-5) |
| 6.2.2. | 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); | \_ | 10 % тарифа |
| 6.2.3. | приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке); | \_ | 100 % тарифа |
| 6.3. | 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 (устанавливается по обращениям застрахованных лиц или их представителей), в том числе: | | |
| 6.3.1. | не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания; | \_ | 5 % тарифа |
| 6.3.2. | 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); | \_ | 10 % тарифа |
| 6.3.3. | приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке); | \_ | 100 % тарифа |
| 6.4 | Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную скорую медицинскую помощь: | | |
| 6.4.1 | предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования. | 100 % суммы, необоснованно полученной от застрахованного лица (но не более размера тарифа), если возврат денежных средств застрахованному лицу не произведен медицинской организацией. | В размере 10 % (100 % – если возврат денежных средств застрахованному лицу не произведен медицинской организацией) суммы, необоснованно полученной от застрахованного лица. |
| 6.4.2. | 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. | 100 % суммы, необоснованно полученной от застрахованного лица (но не более размера тарифа), если возврат денежных средств застрахованному лицу не произведен медицинской организацией. | В размере 10 % (100 % – если возврат денежных средств застрахованному лицу не произведен медицинской организацией) суммы, необоснованно полученной от застрахованного лица. |
|  | **Раздел 7. Отсутствие информированности застрахованного населения** | | |
| 7.1. | Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети «Интернет» следующей информации: | | |
| 7.1.1. | 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; | – | 25 % тарифа (при проведении проверки в соответствии с планом, согласованным ТФ ОМС) |
| 7.1.2. | о показателях доступности и качества медицинской помощи; | – | – |
|  | **Раздел 8. Дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании медицинской помощи** | | |
| 8.1. | Доказанные в установленном порядке | | |
| 8.1.1. | нарушение врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц); | – | 10 % тарифа |
| 8.1.2. | разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, установленное по обращению застрахованного лица путем проведения административного расследования администрацией медицинской организации или мер, принятых компетентными органами; | – | 10 % тарифа |
| 8.1.3. | несоблюдение врачебной тайны, в том числе конфиденциальности персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, установленное компетентными органами по обращению застрахованного лица; | – | 10 % тарифа |
| 8.2. | Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи: | | |
| 8.2.1. | не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица; | 5 % тарифа | – |
| 8.2.2. | 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); | 10 % тарифа – при ухудшении состояния,  20 % тарифа – при развитии нового заболевания, осложнения | – |
| 8.2.3. | приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке). | 100 % тарифа | – |
| 8.3. | Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий: | | |
| 8.3.1. | приведших к удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица; | – | – |
| 8.3.2. | 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). | 10 % тарифа – при ухудшении состояния,  20 % тарифа – при развитии нового заболевания, осложнения | – |
| 8.4. | Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения). | | |
| 8.4.1. | не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица; | 5 % тарифа | – |
| 8.4.2. | 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). | 10 % тарифа – при ухудшении состояния,  20 % тарифа – при развитии нового заболевания, осложнения |  |
| 8.4.3. | приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке). | 100 % тарифа |  |
| 8.5. | Повторное обоснованное обращение застрахованного лица за оказанием скорой медицинской помощи по поводу того же заболевания в течение 24 часов. | – | – |
| 8.6. | Действие или бездействие при оказании скорой медицинской помощи, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания). | 50 % тарифа – при развитии нового заболевания;  100 % тарифа – при социально значимых последствиях (инвалидизация, летальный исход) | – |
| 8.7. | 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. | 10 % тарифа – при ухудшении состояния,  20 % тарифа – при развитии нового заболевания, осложнения | – |
| 8.8. | Наличие расхождений диагноза основного заболевания (травмы) скорой медицинской помощи и клинического диагноза, установленном в приемном отделении медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь на госпитальном этапе. | – | – |
|  | **Раздел 9. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации** | | |
| 9.1. | Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу скорой медицинской помощи, без объективных причин. | 100 % тарифа | - |
| 9.2. | Дефекты оформления медицинской документации, препятствующие проведению медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления скорой медицинской помощи). | 10 % тарифа | – |
| 9.3. | 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). | – | – |
| 9.4. | Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов на оплату скорой медицинской помощи, в том числе: | | |
| 9.4.1. | включение в счет и реестр счетов случаев, не подтвержденных первичной медицинской документацией; | 100 % тарифа | – |
| 9.4.2. | несоответствие сроков лечения, согласно медицинской документации, срокам, указанным в реестре счета; | 100 % тарифа | – |
| 9.4.3. | несоответствие диагноза, согласно первичной медицинской документации, застрахованного лица диагнозу, указанному в реестре счета. | 100 % тарифа | – |
|  | **Раздел 10. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов** | | |
| 10.1. | Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе: | | |
| 10.1.1. | наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета; | 100 % тарифа | – |
| 10.1.2. | сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов; | 100 % тарифа | – |
| 10.1.3. | наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению; | 100 % тарифа | – |
| 10.1.4. | некорректное заполнение полей реестра счетов; | 100 % тарифа | – |
| 10.1.5. | заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку); | 100 % тарифа | – |
| 10.1.6. | дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду / периоду оплаты; | – | – |
| 10.1.7. | несоответствие кода услуги диагнозу, полу, возрасту, профилю отделения. | 100 % тарифа | – |
| 10.1.8. | предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы; | 100% стоимости предъявленных к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы | - |
| 10.2. | Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации: | | |
| 10.2.1. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией; | 100 % тарифа | – |
| 10.2.2. | 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 % тарифа | – |
| 10.2.3. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившего полис ОМС на территории другого субъекта Российской Федерации; | 100 % тарифа | – |
| 10.2.4. | включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории Российской Федерации. | 100 % тарифа | – |
| 10.3. | Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь. | 100 % тарифа | – |
| 10.4. | Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи. | 100 % тарифа, за исключением случаев оказания медицинской помощи врачами–стажерами в соответствии с нормативными документами Минздрава России | – |
| 10.5. | Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи: | | |
| 10.5.1. | позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее); | 100 % тарифа | – |
| 10.5.2. | дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре счетов. | 100 % тарифа за каждый случай, предъявленный к оплате повторно | – |

1. – Подушевой норматив финансирования, предусмотренный Территориальной программой ОМС за счет средств Территориального фонда ОМС. [↑](#footnote-ref-2)
2. – Генеральное тарифное соглашение. [↑](#footnote-ref-3)
3. В данном документе, начиная с раздела 1 по раздел 5 включительно, под тарифом понимается размер суммы предъявленного к оплате счёта за оказанную медицинскую помощь (услугу), содержащую основания для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи). [↑](#footnote-ref-4)
4. В данном документе, начиная с раздела 6 и далее, под тарифом понимается:

   - при финансовом обеспечении скорой медицинской помощи по подушевым нормативам финансирования и при предъявлении к оплате счетов за оказанную медицинскую помощь вне медицинской организации застрахованным лицам, которым полис обязательного медицинского страхования выдан за пределами Республики Ингушетия – сумма, соответствующая тарифу за вызов скорой медицинской помощи установленная в ТП ОМС; [↑](#footnote-ref-5)