

**Перечень оснований
для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты
медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание
медицинской помощи ненадлежащего качества**

вводится с 01.01.2019 года

Код нарушения	Перечень дефектов, нарушений	Коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи (Кно) *	Коэффициент для определения размера штрафа (Кшт)**
1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц			
1.1	Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:		
1.1.1	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС	-	0,3
1.1.2	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации	-	0,3
1.1.3	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, времени доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме	-	0,3
1.2	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, в том числе:		
1.2.1	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания	-	1,0
1.2.2	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания	-	3,0
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 – стоимости каждого случая оказанных платно медицинских услуг, входящих в ТП ОМС и связанных с заболеванием с которым пациент обратился за медицинской помощью, МО возвращает пациенту.	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- от стоимости случая оказания медицинской помощи, 1,0 - возврат суммы необоснованно затраченной пациентом или лицом, действующим в интересах пациента	0,5
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 т.ч. 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 пятидесяти процентной 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 РФ бесплатной медицинской помощи, в том числе сроков 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 пятидесяти процентной скидкой со свободных цен	-	0,5
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)	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 РФ 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	приведших к удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица. Исключен. - Приказ ФФОМС 29.12.15 №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	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, дефекты лечения, преждевременная выписка), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 15 дней со дня завершения амбулаторного лечения; повторная госпитализация в течение 30 дней со дня завершения лечения в стационаре; повторный вызов скорой медицинской помощи в течение 24 часов от момента предшествующего вызова	0,5- повторного случая оказания медицинской помощи	-
3.6	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к увеличению 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	-
3.9	Утратил силу. - Приказ ФФОМС от 21.07.2015 N 130.	-	-
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 - каждого случая, предъявленного к оплате повторно	-

3.11	Неправильное действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания) Утратил силу. - Приказ ФФОМС от 22.02.2017 N 45.	-	-
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
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	Отсутствие в первичной медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи	0,1	-
4.3	Отсутствие в первичной документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях	0,1	-
4.4	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки» полное переоформление истории болезни с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания)	0,9	-
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.)	1,0 - каждого случая оказания медицинской помощи	-
4.6	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов.	1,0 - посещений, случаев госпитализации, не подтвержденных первичной медицинской документацией;	1,0

4.6.1	Некорректное применение тарифа по клинико-статистической группе, требующее его замены по результатам экспертизы	-	-
4.6.2	Включение в счет на оплату медицинской помощи/медицинских услуг при отсутствии в медицинском документе сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи пациенту.	-	-
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, получившему полис ОМС на территории другого субъекта РФ	1,0	-
5.2.4	наличие в реестре счетов неактуальных данных о застрахованных лицах	1,0	-
5.2.5	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи предоставленной категориям граждан, не подлежащим обязательному медицинскому страхованию 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 ТП 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, оплачиваемое ФСС РФ)	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 нелегализованных видов медицинской деятельности		
5.5.1	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в 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 данным лицензии 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	-
5.7.1.1	повторное включение ранее оплаченной позиции (ранее оплаченного счёта) за одну и ту же оказанную медицинскую помощь (услугу) в других медицинских организациях за период, установленный законодательством РФ (случаи диспансеризации и медицинских осмотров определённых групп взрослого и детского населения)	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, застрахованное в системе ОМС	1,0	-
5.7.5	Включения в реестр счетов медицинской помощи: - амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи); - пациенто-дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (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	-

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

$H = RT \times K_{но}$ (для всех условий оказания медицинской помощи, кроме условий и специальностей мед. помощи, включенных в подушевой норматив финансирования)

$H = RT_{пф} \times K_{но}$ (для условий и специальностей мед. помощи, включенных в подушевой норматив финансирования)

$H = RT \times K_{но}$ (для скорой мед.помощи, оплачиваемой за вызов: при оказании скорой медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Удмуртской Республики, и при проведении тромболитической терапии на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи)

$H = H_{фз} \times K_{но}$ (для скорой мед.помощи, оплачиваемой по подушевому нормативу финансирования)

* *Сумма штрафа (Сшт), применяемого к медицинской организации, рассчитывается по формуле:

$Сшт = РП \times Кшт$

где РП- размер подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного ТППГ УР на дату оказания/отказа медицинской помощи,

РТ- размер тарифа на оплату медицинской помощи, установленного Комиссией по разработке ТП ОМС в УР, действующий на территории УР на дату оказания/отказа медицинской помощи,

РТпф - размер тарифа в соответствии с Приложением 15 к Тарифному соглашению, утвержденного Комиссией по разработке ТП ОМС в УР, действующий на территории УР на дату оказания/отказа медицинской помощи,

Нфз - норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи за счет средств ОМС по ТППГ оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи,

Кно - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи,

Кшт- коэффициент для определения размера штрафа.