

Приложение № 45
к Тарифному соглашению в сфере
обязательного медицинского
страхования
Республики Крым на 2017 г.
от «30» декабря 2016 г.

Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), размеров и условий применения финансовых санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Крым			
№ п/п	Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Последствия неисполнения обязательств	
		Сумма, не подлежащая оплате, уменьшение оплаты, возмещения	Размер штрафа ТФОМС Республики Крым
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 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (далее – Программа ОМС) в расчете на одно застрахованное лицо в год (2 668 рублей 80 копеек) «*»
1.1.2.	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;		30 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (2 668 рублей 80 копеек).

1.1.3.	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке.		30 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (2 668 рублей 80 копеек).
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 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (8 896 рублей 00 копеек).
1.2.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания;		300 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (26 688 рублей 00 копеек).
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 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (8 896 рублей 00 копеек).
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 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (26 688 рублей 00 копеек).
1.4.	взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.	100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	100 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (8 896 рублей 00 копеек).

1.5.	приобретенные 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 за каждый случай оказания медицинской помощи	50 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (4 448 рублей 00 копеек).
Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения			
2.1.	отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет.		100 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (8 896 рублей 00 копеек).
2.2.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации		
2.2.1.	о режиме работы медицинской организации;		50 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (4 448 рублей 00 копеек).
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 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (4 448 рублей 00 копеек).
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи;		50 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (4 448 рублей 00 копеек).
2.2.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;		50 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (4 448 рублей 00 копеек).
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 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (4 448 рублей 00 копеек).

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-%ной скидкой со свободных цен.		50 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (4 448 рублей 00 копеек).
2.3.	отсутствие информационных стендов в медицинских организациях		100 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (8 896 рублей 00 копеек).
2.4.	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:		
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации;		50 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (4 448 рублей 00 копеек).
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 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (4 448 рублей 00 копеек).
2.4.3.	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;		50 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (4 448 рублей 00 копеек).
2.4.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;		50 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (4 448 рублей 00 копеек).
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 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (4 448 рублей 00 копеек).

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-% ной скидкой со свободных цен.		50 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (4 448 рублей 00 копеек).
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 за каждый случай оказания медицинской помощи	100 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (8 896 рублей 00 копеек).
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 за каждый случай оказания медицинской помощи	
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 за каждый случай оказания медицинской помощи	
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 за каждый случай оказания медицинской помощи	

3.2.4.	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);	90 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	100 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (8 896 рублей 00 копеек).
3.2.5.	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	300 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (26 688 рублей 00 копеек).
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:		
3.3.2.	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 за каждый случай оказания медицинской помощи	
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 за каждый случай оказания медицинской помощи	
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 за каждый случай 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 удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	80 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	100 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (8 896 рублей 00 копеек).
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 за каждый случай оказания медицинской помощи	30 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (2 668 рублей 80 копеек).
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 за каждый случай оказания 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 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
3.11.	Неправильное действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания).	90 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	100 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (8 896 рублей 00 копеек).
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 за каждый случай оказания медицинской помощи	

3.13.	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.	30 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	30 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (2 668 рублей 80 копеек).
3.14.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории вследствие дефектов при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи.	90 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	100 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (8 896 рублей 00 копеек).
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 за каждый случай оказания медицинской помощи	
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 за каждый случай оказания медицинской помощи	
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 за каждый случай оказания медицинской помощи	
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).	90 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	

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 за каждый случай оказания медицинской помощи	
4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов.	100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	100 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (8 896 рублей 00 копеек).
4.6.1.	Некорректное применение тарифа по клинико-статистической группе, требующее его замены по результатам экспертизы.		
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.	100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
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, получившему 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 каждый случай оказания медицинской помощи	
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 за каждый случай оказания медицинской помощи	
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	
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 за каждый случай оказания медицинской помощи	
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 за каждый случай оказания медицинской помощи	
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 за каждый случай оказания медицинской помощи	

5.7.4.	Стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованное в системе ОМС.	100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
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 за каждый случай оказания медицинской помощи	
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	

«*» подушевой норматив финансирования за счёт средств ОМС на 2017 г. составляет 8 896 рублей 00 копеек

«**» для медицинских организаций, финансируемых по подушевому принципу, сумма, не подлежащая оплате, уменьшению оплаты, возмещению, рассчитывается от стоимости посещений (с профилактической целью и по неотложным показаниям), обращения по заболеванию, установленных для оплаты медицинской помощи по межтерриториальным расчетам

«***» в соответствии с пунктом 128 раздела VIII приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.02.2011г. №158н « при наличии отклоненных от оплаты счетов на оплату медицинской помощи по результатам проведенного страховой медицинской организацией контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи МО в праве доработать и представить в страховую МО отклоненные ранее от оплаты счета на оплату медицинской помощи и реестры счетов не позднее 25 рабочих дней с даты получения акта от страховой МО»