**Приложение 9**

к Тарифному соглашению

Перечень санкций, применяемым к медицинским организациям по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (для случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N  п/п** | **Дефекты, нарушения** | **Санкции** | | **Примечание** |
| **Сумма, не подлежащая  оплате, уменьшение  оплаты, возмещения** | **Размер штрафа** |
| 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц | | | | |
| 1.1. | Увеличение сроков ожидания скорой медицинской помощи: |  |  |  |
| 1.1.1. | от 50 до 100 процентов от норматива, установленного территориальной программой государственных гарантий |  |  | Не применяется до утверждения норматива сроков ожидания оказания скорой медицинской помощи |
| 1.1.1.1. | не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания; | - | 1% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 1.1.1.2. | повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания; | - | 50% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 1.1.2. | более 100 процентов от норматива, установленного территориальной программой государственных гарантий |  |  |
| 1.1.2.1. | не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания; | - | 3% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 1.1.2.2. | повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания; | - | 50% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год |  |
| 1.2. | Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании скорой медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС (устанавливается по обращению застрахованных лиц или их представителей), 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; | - | 10% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год |  |
| 1.2.2 | повлекший за собой причинение вреда здоровью, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке) | стоимость лечения застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания | 100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год |  |
| 1.2.3. | приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке) | - | 300% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год | Применяется по решению комиссии, созданной при ТФОМС. |
| 1.3. | Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании скорой медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, в том числе: |  |  |  |
| 1.3.1. | не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания; | - | 10% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год |  |
| 1.3.2. | повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания. | стоимость лечения застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания | 50% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, |  |
| 1.3.3. | приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке) | - | 300% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год | Применяется по решению комиссии, созданной при ТФОМС. |
| 1.4. | Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную скорую медицинскую помощь |  |  |  |
| 1.4.1. | предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования; | 100% подушевого норматива финансирования медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год | 100% возврат застрахованному лицу необоснованно затраченных им средств |  |
| 1.4.2. | при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования | 100% подушевого норматива финансирования медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год | 100% возврат застрахованному лицу необоснованно затраченных им средств |  |
| 2. Отсутствие информированности застрахованного населения | | | | |
| 2.1. | Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации: |  |  |  |
| 2.1.1. | об условия 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 | - | 5% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год |  |
| 2.1.2. | о показателях доступности и качества скорой медицинской помощи | - | 5% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год |  |
| 3. Дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи | | | | |
| 3.1. | Доказанные в установленном порядке: |  |  |  |
| 3.1.1. | нарушение врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц) | - | 25% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год | Применяется после принятия уполномоченным федеральным органом нормативно-правового акта. Применяются по обращению пациента. |
| 3.1.2. | разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицам, 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; | - | 50% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год |  |
| 3.1.3. | несоблюдение врачебной тайны, в том числе конфиденциальности персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, установленное компетентными органами; | - | 50% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год |  |
| 3.2. | Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи: |  |  |  |
| 3.2.1. | не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица | 10% подушевого норматива финансирования медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год | - |  |
| 3.2.2. | приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке) | 50% подушевого норматива финансирования медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица  25% подушевого норматива финансирования медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год в случае создания риска прогрессирования имеющегося заболевания, либо создания риска возникновения нового заболевания | - |  |
| 3.2.3. | приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке) | 100% подушевого норматива финансирования медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год | 300% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год | Применяется по решению комиссии, созданной при ТФОМС. |
| 3.3. | Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения и не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий: |  |  |  |
| 3.3.1. | приведших к удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица | 15% подушевого норматива финансирования медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год |  |  |
| 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) | 50% подушевого норматива финансирования медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица  25% подушевого норматива финансирования медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год в случае создания риска прогрессирования имеющегося заболевания, либо создания риска возникновения нового заболевания | - |  |
| 3.4. | Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения) |  |  |  |
| 3.4.1. | не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица | 10% подушевого норматива финансирования медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год | - |  |
| 3.4.2. | 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) | 50% подушевого норматива финансирования медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица  25% подушевого норматива финансирования медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год в случае создания риска прогрессирования имеющегося заболевания, либо создания риска возникновения нового заболевания | - |  |
| 3.4.3. | приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке) | 100% подушевого норматива финансирования медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год | 300% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год | Применяется по решению комиссии, созданной при ТФОМС НСО |
| 3.5. | Повторное обоснованное обращение застрахованного лица за оказанием скорой медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 24 часов. | 25% подушевого норматива финансирования медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год | - | Применяется к первому случаю оказания медицинской помощи при отсутствии госпитализации при наличии медицинских показаний |
| 3.6. | Действие или бездействие при оказании скорой медицинской помощи, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания) | 100% подушевого норматива финансирования медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год | 100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год | Применяется по решению комиссии, созданной при ТФОМС НСО. |
| 3.7. | Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств – синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию стоимости лечения | 20% подушевого норматива финансирования медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год | - |  |
| 3.8. | Наличие расхождений диагноза основного заболевания (травмы) скорой медицинской помощи и клинического диагноза, установленного в приемном отделении медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь на госпитальном этапе. | - | - |  |
| 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации | | | | |
| 4.1. | Непредоставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу скорой медицинской помощи, без объективных причин. | 100% подушевого норматива финансирования медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год | - | Объективной причиной отсутствия медицинской документации является запрос уполномоченного органа |
| 4.2. | 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 медицинской помощи) | 3% подушевого норматива финансирования медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год | - |  |
| 4.3. | Наличие признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление, с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и/или лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания) | 100% подушевого норматива финансирования медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год | 20% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год | Признаками фальсификации являются:  Дописки - вписывание текста в свободные места другим почерком (за исключением заполнения паспортной части).  Исправления (дат, текста, результатов анализов) - внесение новых записей поверх механически удаленных либо зачеркнутых ранее сделанных при несовпадении с данными в другой медицинской документации (журналы, талоны и т.д.)  Вклейки – наличие в медицинской документации листов отличающихся по фактуре, цвету, размеру.  Полное переоформление– несовпадение текста медицинской документации с заверенной в установленном порядке копией данного документа сделанного ранее. |
| 4.4. | Несоответствие данных медицинской документации данным счета и реестра счетов на оплату скорой медицинской помощи, в том числе: |  |  |  |
| 4.4.1. | включение в счет и реестр счетов случаев, не подтвержденных медицинской документацией | 100% подушевого норматива финансирования медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год | - |  |
| 4.4.2. | несоответствие сроков лечения согласно медицинской документации, срокам, указанным в реестре счета | 100% подушевого норматива финансирования медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год | - |  |
| 4.4.3. | несоответствие диагноза, согласно первичной медицинской документации застрахованного лица диагнозу, указанному в реестре счета. | 25% подушевого норматива финансирования медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год | - |  |
| 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% суммы счета | - |  |
| 5.1.2. | сумма счета не соответствует итоговой сумме представленной медицинской помощи по реестру счетов | 100% суммы счета | - |  |
| 5.1.3. | наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению | 100% подушевого норматива финансирования медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год за каждый случай оказания медицинской помощи | - |  |
| 5.1.4. | некорректное заполнение полей реестра счетов | 100% подушевого норматива финансирования медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год за каждый случай оказания медицинской помощи | - |  |
| 5.1.5. | заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку) | 100% подушевого норматива финансирования медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год за каждый случай оказания медицинской помощи | - |  |
| 5.1.6. | дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты | 100% подушевого норматива финансирования медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год за каждый случай оказания медицинской помощи | - |  |
| 5.1.7. | Несоответствие кода услуги диагнозу, полу, возрасту, профилю отделения | 100% подушевого норматива финансирования медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год за каждый случай оказания медицинской помощи | 2% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год | Применяется в том числе при смене кода МЭС (в этом случае применяются санкции только в виде штрафа). |
| 5.2. | Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации, в том числе: |  |  |  |
| 5.2.1. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией | 100% подушевого норматива финансирования медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год 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 обязательного медицинского страхования, адресе и т.д.) | 100% подушевого норматива финансирования медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год за каждый случай оказания медицинской помощи | - |  |
| 5.2.3. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис обязательного медицинского страхования на территории другого субъекта Российской Федерации | 100% подушевого норматива финансирования медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год за каждый случай оказания медицинской помощи | - |  |
| 5.2.4. | включение в реестры счетов случаев оказания скорой медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по обязательному медицинскому страхованию на территории Российской Федерации | 100% подушевого норматива финансирования медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год за каждый случай оказания медицинской помощи | - |  |
| 5.3. | Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь | 100% подушевого норматива финансирования медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год за каждый случай оказания медицинской помощи | - |  |
| 5.4. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи | 100% подушевого норматива финансирования медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год за каждый случай оказания медицинской помощи | - |  |
| 5.5. | Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи, в том числе |  |  |  |
| 5.5.1. | позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, который был оплачен ранее) | 100% подушевого норматива финансирования медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год за каждый случай оказания медицинской помощи | - |  |
| 5.5.2. | дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре | 100% подушевого норматива финансирования медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год за каждый случай оказания медицинской помощи | - |  |