Приложение

1. Перечень обязательств медицинских организаций, следствием неисполнения которых является отказ в оплате медицинской помощи (уменьшение оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в медицинских организациях Кабардино-Балкарской республики, утвержденный решением Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования в КБР № 18 от 27.06.2013 (изменения внесены решением Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования КБР № 34 от 03.10.2014).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Обязательства медицинских организаций | Последствия неисполнения обязательств |
| Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения | Размер штрафа |
| 1. Обеспечение доступности медицинской помощи для застрахованных лиц |
| 1.1.Обеспечение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе: |
| 1.1.1. | Обеспечение выбора медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы, в соответствии с заявлением застрахованного лица  | - | 50% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год\* |
| 1.1.2. | Обеспечение выбора врача в соответствии с заявлением застрахованного лица, поданным лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации | - | 50% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 1.1.3. | Соблюдение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке  | - | 100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 1.2. | Оказание застрахованным лицам медицинской помощи в соответствии с территориальной программой  | 1.2.1. последствия за необоснованный отказ в оказании медицинской помощи застрахованному лицу, не повлекший причинение вреда здоровью, не создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания |
| - | 100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 1.2.2. последствия за необоснованный отказ в оказании медицинской помощи застрахованному лицу, повлекший причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания |
|  | 500% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 1.3. | Бесплатное оказание застрахованным лицам медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой  | 1.3.1. последствия за необоснованный отказ застрахованному лицу в бесплатном оказании медицинской помощи, не повлекший причинение вреда здоровью, не создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания либо возникновения нового заболевания |
|  | 100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 1.3.2. последствия за необоснованный отказ застрахованному лицу в бесплатном оказании медицинской помощи, повлекший причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания |
|  | 500% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, |
| 1.4. | Не допущение взимания платы с застрахованных лиц (в рамках добровольного медицинского страхования или в виде оказания платных услуг) за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой  | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | 100% средств, необоснованно затраченных застрахованным лицом |
| 1.5. | Бесплатное обеспечение застрахованных лиц в период пребывания в стационаре по назначению врача лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения, включенными в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, формуляр лечения стационарного больного, согласованный и утвержденный в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи | 50% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | 100% средств, необоснованно затраченных застрахованным лицом |
| 2. Обеспечение информированности застрахованных лиц |
| 2.1. | Создание официального сайта медицинской организации в сети «Интернет»  | - | 25% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год |
| 2.2. Наличие на официальном сайте медицинской организации в сети «Интернет» следующей информации: |
| 2.2.1 | о режиме работы медицинской организации | - | 10% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год |
| 2.2.2 | об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи  | - | 10% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год |
| 2.2.3 | о видах оказываемой медицинской помощи | - | 10% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год |
| 2.2.4 | показатели доступности и качества медицинской помощи | - | 10% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год |
| 2.2.5 | перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно  | - | 10% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год |
| 2.2.6 | перечень 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  | - | 10% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год |
| 2.3. | Организация информационных стендов | - | 25% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год |
| 2.4. Наличие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации: |
| 2.4.1 | о режиме работы медицинской организации | - | 10% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год |
| 2.4.2 | об условия оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи | - | 10% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год |
| 2.4.3 | о видах медицинской помощи, оказываемых данной медицинской организацией | - | 10% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год |
| 2.4.4 | показатели доступности и качества медицинской помощи  | - | 10% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год |
| 2.4.5 | перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно | - | 10% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год |
| 2.4.6 | перечень 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  | - | 10% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год |
| 3. Отсутствие дефектов медицинской помощи / нарушений при оказании медицинской помощи |
| 3.1.  | Соблюдение персоналом медицинской организации врачебной этики и деонтологии  | - | 100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 3.2. | Выполнение своевременно и надлежащим образом необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи | 3.2.1. последствия невыполнения обязательства, не повлиявшие на состояние здоровья застрахованного лица |
| 20% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | - |
| 3.2.2 .последствия невыполнения обязательства, приведшие к увеличению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке) |
| 50% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи сверх установленных сроков оказания медицинской помощи | - |
| 3.2.3. последствия невыполнения обязательства, приведшие к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшие риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке) |
| 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи  | 100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 3.2.4. последствия невыполнения обязательства, приведшие к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке) |
| 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | 300% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год  |
| 3.2.5. последствия невыполнения обязательства, приведшие к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке) |
| 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | 500% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год  |
| 3.3. | Выполнение показанных, оправданных с клинической точки зрения, регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий | 3.3.1. последствия невыполнения обязательства, приведшие к увеличению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица |
| 50% стоимости сверх установленных сроков оказания медицинской помощи | - |
| 3.3.2. последствия невыполнения обязательства, приведшие к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо риску прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке) |
| 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи  | 100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 3.4. | Выполнение показанных с клинической точки зрения лечебных мероприятий до достижения клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения) | последствия за 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. | Обеспечение достижения положительной динамики в состоянии здоровья застрахованного лица при первичном обращении за медицинской помощью (за исключением случаев этапного лечения) | последствия за 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) |
| 25% процентов стоимости за каждый случай первичного и повторного оказания медицинской помощи | - |
| 3.6. | Обеспечение преемственности в лечении застрахованного лица (в том числе своевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня) | последствия за 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 |
| 50% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи  | - |
| 3.7. | Не допущение госпитализации застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара | 50% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи  | - |
| 3.8. | Исключение возможности госпитализации застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям | 50% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи  | - |
| 3.9. | Соблюдение сроков и условий лечения застрахованных лиц в рамках стандартов медицинской помощи | последствия за необоснованное увеличение сроков лечения по вине медицинской организации, увеличение количества медицинских услуг, посещений, койко-дней, не связанного с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в рамках стандартов медицинской помощи |
| 100% стоимости медицинской помощи сверх установленных сроков оказания медицинской помощи | - |
| 3.10. | Не допущение повторного посещения врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением неотложной медицинской помощи и повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях | 100% стоимости каждого случая, предъявленного к оплате повторно | - |
| 3.11. | Принятие мер со стороны медицинского персонала к предупреждению развития нового заболевания застрахованного лица (развития ятрогенного заболевания) | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | 200% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 3.12. | Обеспечение обоснованного назначения лекарственной терапии; исключение одновременного назначения лекарственных средств – синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанного с риском для здоровья пациента и/или приводящего к удорожанию лечения | 50% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | - |
| 3.13. | Обеспечение выполнения обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с законодательством; | - | 50% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 3.14. | Недопущение наличия расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории | 50% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | 100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 4. Правильность оформления в медицинской организации первичной медицинской документации |
| 4.1. | Предоставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации  | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | 50% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 4.2. | Оформление надлежащим образом первичной медицинской документации, обеспечивающее проведение экспертизы качества медицинской помощи (возможность оценки динамики состояния здоровья застрахованного лица, объема, характера и условий предоставления медицинской помощи) | 25% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | - |
| 4.3. | Обеспечение наличия в первичной медицинской документации информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, письменного согласия на лечение в установленных законодательством Российской Федерации случаях | 25% процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | - |
| 4.4. | Исключение случаев наличия признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки» с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания) | 50% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 4.4.1. Полное переоформление первичной медицинской документации с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картины заболевания |
|  | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 4.5. | Исключение случаев несоответствия дат оказания медицинской помощи, зарегистрированных в первичной медицинской документации и реестре счетов, и в табеле 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. Оформление счетов на оплату медицинской помощи и реестров счетов в соответствии с записями в первичной медицинской документации, не допуская: |
| 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 за каждый случай оказания медицинской помощи | - |
| 4.6.2 | несоответствия сроков лечения застрахованного лица в первичной медицинской документации срокам, указанным в реестре счетов  | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, не подтвержденный первичной медицинской документацией | - |
| 5. Надлежащее оформление и предъявление на оплату счетов и реестров счетов |
| 5.1. Оформление и предъявление счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, исключив:  |
| 5.1.1 | наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета; | 100% процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | - |
| 5.1.2 | несоответствие суммы счета итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов; | 100% процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | - |
| 5.1.3 | наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению; | 100% процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | - |
| 5.1.4 | некорректное заполнение полей реестра счетов; | 100% процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | - |
| 5.1.5 | некорректные суммы по позициям реестров счетов (арифметические ошибки); | 100% процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | - |
| 5.1.6 | несоответствие даты оказания медицинской помощи в реестре счетов отчетному периоду/периоду оплаты | 100% процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | - |
| 5.2. Оформление счета на оплату медицинской помощи и реестров счетов надлежащим образом в соответствии с принадлежностью застрахованного лица к страховой медицинской организации, исключив: |
| 5.2.1 | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, получившему полис обязательного медицинского страхования в другой страховой медицинской организации | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | - |
| 5.2.2 | включение 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% стоимости 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% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | - |
| 5.2.4 | наличие в реестре счетов неактуальных данных о застрахованных лицах | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | - |
| 5.2.5 | включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи гражданам, не подлежащим обязательному медицинскому страхованию на территории Российской Федерации | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | - |
| 5.3. Предъявление к оплате счета, включающего виды и объемы медицинской помощи, входящие в территориальную программу обязательного медицинского страхования, исключив: |
| 5.3.1 | включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования | 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  | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | - |
| 5.3.3 | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников (лечение тяжелых несчастных случаев на производстве, оплачиваемое Фондом социального страхования Российской Федерации) | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | - |
| 5.4. Формирование для оплаты счетов и реестров счетов с учетом установленных тарифов на оплату медицинской помощи, не допуская: |
| 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. Включение в реестры счетов лицензированных видов медицинской деятельности, не допуская: |
| 5.5.1 | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в лицензии медицинской организации; | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | - |
| 5.5.2 | представления реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | - |
| 5.5.3 | представления на оплату реестров счетов в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: не соответствие фактических адресов осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности данным лицензии и другого (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов) | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | - |
| 5.6. | Не допущение включения 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. | Оформление надлежащим образом реестров счетов, исключая повторное или необоснованное включение в реестр счетов медицинской помощи, в том числе: |
| 5.7.1 | повторное включение ранее оплаченной позиции (повторное выставление ранее оплаченного счета) | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | 5% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 5.7.2 | дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре счетов | 100% стоимости каждого случая, предъявленного к оплате повторно | - |
| 5.7.3 | включение стоимости отдельной медицинской услуги, учтенной в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги и предъявленной к оплате | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенных в реестр счетов необоснованно | - |
| 5.7.4 |  включение стоимости медицинской услуги, вошедшей в подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи на прикрепленных застрахованных лиц | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | - |
| 5.7.5 | включение 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 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 | 5% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 5.7.6 | включение 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 |  |

1. Перечень обязательств медицинских организаций, следствием неисполнения которых является отказ 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 для случаев оказания **скорой медицинской** **помощи** вне медицинских организаций в Кабардино-Балкарской республике, утвержденный решением Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования в КБР № 18 от 27.06.2013.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №п/п | Обязательства медицинских организаций | Последствия неисполнения обязательств |
| Сумма, не подлежащая оплате, уменьшение оплаты, возмещения\* | Размер штрафа |
| 1. Обеспечение доступность скорой медицинской помощи для застрахованных лиц |
| 1.1. Обеспечение прав застрахованных лиц на получение скорой медицинской помощи в установленный срок, в том числе: |
| 1.1.1. | недопущение увеличения сроков ожидания СМП от 50 до 100 процентов от норматива, установленного территориальной программой государственных гарантий | 1.1.1.1. последствия невыполнения обязательства, не повлекшие за собой причинение вреда здоровью, не создавшее риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавшее риска возникновения нового заболевания; |
|  | 25% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год\*\* |
| 1.1.1.2. последствия невыполнения обязательства, повлекшие за собой причинение вреда здоровью, либо создавшие риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшие риск возникновения нового заболевания; |
|  | 50% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 1.1.2. | недопущение увеличения сроков ожидания СМП более 100 процентов от норматива, установленного территориальной программой государственных гарантий | 1.1.2.1. последствия невыполнения обязательства, не повлекшие за собой причинение вреда здоровью, не создавшие риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавшие риска возникновения нового заболевания; |
|  | 75% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 1.1.2.2. последствия невыполнения обязательства, повлекшие за собой причинение вреда здоровью, либо создавшие риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшие риск возникновения нового заболевания; |
|  | 100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 1.2. |  Оказание застрахованным лицам скорой медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС (нарушение обязательства устанавливается по обращениям застрахованных лиц или их представителей) | 1.2.1. последствия за необоснованный отказ в оказании СМП застрахованному лицу, не повлекшие за собой причинение вреда здоровью, не создавшие риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавшие риска возникновения нового заболевания |
|  | 100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 1.2.2. последствия за необоснованный отказ в оказании СМП застрахованному лицу, повлекшие за собой причинение вреда здоровью, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавшие риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшие риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке) |
|  | 300% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 1.2.3. последствия за необоснованный отказ в оказании СМП застрахованному лицу, приведшие к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке) |
|  | 500% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 1.3. |  Оказание застрахованным лицам 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. последствия за необоснованный отказ застрахованному лицу в оказании СМП, не повлекшие за собой причинение вреда здоровью, не создавшие риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавшие риска возникновения нового заболевания |
|  | 100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 1.3.2. последствия за необоснованный отказ застрахованному лицу в оказании СМП, повлекшие за собой причинение вреда здоровью, либо создавшие риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшие риск возникновения нового заболевания |
|  | 300% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 1.3.3. последствия за необоснованный отказ застрахованному лицу в оказании СМП, приведшие к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке) |
|  | 500% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 1.4. Обеспечение прав застрахованных лиц на получение бесплатной скорой медицинской помощи, в том числе  |
| 1.4.1. | недопущение взимания платы с застрахованных лиц за оказанную скорую медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования; |  | 100% средств, необоснованно затраченных застрахованным лицом (его представителем) |
| 1.4.2. | недопущение взимания платы с застрахованных лиц за оказанную скорую медицинскую помощь, 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% средств, необоснованно затраченных застрахованным лицом (его представителем) |
| 2. Обеспечение информированности застрахованного населения |
| 2.1. Наличие на официальном сайте медицинской организации в сети "Интернет" следующей информации: |
| 2.1.1. | 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% норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 2.1.2. | о показателях доступности и качества скорой медицинской помощи. |  | 25% норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 3. Отсутствие дефектов медицинской помощи/нарушений при оказании медицинской помощи |
| 3.1. Отсутствие доказанных в установленном порядке: |
| 3.1.1. | нарушения персоналом медицинской организации врачебной этики и деонтологии (нарушение устанавливаются по обращениям застрахованных лиц) |  | 100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 3.1.2. | разглашения 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; |  | 100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 3.1.3. | несоблюдения врачебной тайны, в том числе конфиденциальности персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, установленное компетентными органами по обращению застрахованного лица. |  | 100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 3.2. |  Выполнение своевременное и надлежащим образом необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи: | 3.2.1. последствия невыполнения обязательства, не повлиявшие на состояние здоровья застрахованного лица |
| 25% за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 3.2.2. последствия невыполнения обязательства, приведшие 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) |
| 100% за каждый случай оказания медицинской помощи и в случае ухудшения состояния здоровья возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания | 300% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 3.2.3. последствия невыполнения обязательства, приведшие к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке). |
| 100% за каждый случай оказания медицинской помощи | 500% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 3.3. |  Выполнение показанных, оправданных с клинической точки зрения, регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий: | 3.3.1. последствия невыполнения обязательства, приведшие к удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица; |
| 50% за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 3.3.2. последствия невыполнения обязательства, приведшие 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) |
| 100% и в случае ухудшения состояния здоровья возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания | 100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 3.4. |  Выполнение показанных с клинической точки зрения лечебных мероприятий до достижения клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения) | 3.4.1. последствия невыполнения обязательства, не повлиявшие на состояние здоровья застрахованного лица |
| 50% за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 3.4.2. последствия невыполнения обязательства, приведшие к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованноголица от лечения, оформленного в установленном порядке) |
| 100% и в случае ухудшения состояния здоровья возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания | 300% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 3.4.3. последствия невыполнения обязательства, приведшие к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке) |
| 100% за каждый случай оказания медицинской помощи | 500% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 3.5. |  Недопущение повторного обоснованного обращения застрахованного лица за скорой медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 24 часов | 25% за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 3.6. |  Принятие мер со стороны медицинского персонала к предупреждению развития нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания). | 100% за каждый случай оказания медицинской помощи | 200% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 3.7. |  Обеспечение обоснованного назначения лекарственной терапии; исключение одновременного назначения средств - синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приведшее к удорожанию стоимости лечения. | 50% за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 3.8. |  Недопущение наличия расхождений диагноза основного заболевания (травмы) скорой медицинской помощи и клинического диагноза, установленного в приемном отделении медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь на госпитальном этапе. | 50% за каждый случай оказания медицинской помощи | 100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 4. Правильное оформление первичной медицинской документации в медицинской организации |
| 4.1. |  Представление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу скорой медицинской помощи, без объективных причин. | 100% за каждый случай оказания медицинской помощи в случае непредставления медицинской документации | 50% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 4.2 |  Оформление надлежащим образом медицинской документации, обеспечивающее проведение медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи (возможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления скорой медицинской помощи). | 25% за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 4.3. |  Недопущение наличия признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление, с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и/или лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания) | 100% за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 4.4. Соответствие данных медицинской документации данным счета и реестра счетов на оплату скорой медицинской помощи, исключив: |
| 4.4.1. | включения в счет и реестр счетов случаев, не подтвержденных медицинской документацией; | 100% за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 4.4.2 | несоответствия сроков лечения, согласно медицинской документации, срокам, указанным в реестре счета; | 100% за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 4.4.3. | несоответствия диагноза, согласно первичной медицинской документации, застрахованного лица диагнозу, указанному в реестре счета. | 100% за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 5. Надлежащее оформление и предъявление на оплату счетов и реестров счетов |
| 5.1. Оформление и предъявление счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, исключив: |
| 5.1.1. | наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета; | 100% за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 5.1.2. | несоответствие суммы счета итоговой сумме, предоставленной медицинской помощи по реестру счетов; | 100% за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 5.1.3. | наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению; | 100% за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 5.1.4. | некорректное заполнение полей реестра счетов; | 100% за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 5.1.5. | некорректные суммы по позиции реестров счетов (арифметические ошибки); | 100% за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 5.1.6. | несоответствие даты оказания медицинской помощи в реестре счетов отчетному периоду/периоду оплаты; | 100% за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 5.1.7. | несоответствие кода услуги диагнозу, полу, возрасту, профилю отделения | 100% за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 5.2. Оформление счета на оплату медицинской помощи и реестров счетов надлежащим образом в соответствии с принадлежностью застрахованного лица к страховой медицинской организации, исключив: |
| 5.2.1. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией; | 100% 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% 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 Российской Федерации; | 100% 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 ОМС на территории Российской Федерации | 100% за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 5.3. |  Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь | 100% 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% за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 5.5. Оформление надлежащим образом реестров счетов, исключив повторное или необоснованное включение в реестр счетов медицинской помощи, в том числе: |
| 5.5.1. | повторное включение ранее оплаченной позиции (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее); | 100% за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 5.5.2. | дублирование случаев оказания скорой медицинской помощи в одном реестре счетов | 100% за каждый случай оказания медицинской помощи |  |

\*При проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию для случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации за стоимость случая оказания медицинской помощи принимается средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утвержденный постановлением Правительства РФ от 28.11.2014 № 1273 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов», равный 1710,1 руб.

\*\*Средний подушевой норматив финансового обеспечения территориальной программы ОМС за счет средств ТФ ОМС КБР в расчете на одно застрахованное лицо в год, утвержденный постановлением Правительства КБР от 22.12.2014 № 297-ПП «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам в КБР медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов», в 2015 году составляет 8366,2 руб.