Приложение 8

к дополнительному соглашению от 20.03.2020 г.

Приложение 25

к Тарифному соглашению на 2020 год от 30.12.2019 г.

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

**Кабардино-Балкарской Республики**

1. Общий размер санкций (С), применяемых к медицинским организациям, рассчитывается по формуле:

С = Н + СШТ,

где:

Н - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи

СШТ - размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

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

Н = РТ х КНО,

где:

РТ - размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи,

КНО – коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) к порядку организации и проведения контроля (далее - Перечень оснований), предусмотренным в порядке организации и проведения контроля.

В случаях, когда по результатам медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи устанавливается некорректное применение тарифа, требующего его замены (п. 4.6.1. Перечня), страховая медицинская организация осуществляет оплату медицинской помощи с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить.

1. Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (СШТ), рассчитывается по формуле:

СШТ = РП х КШТ,

а) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

СШТ = РПА базовый х КШТ,

где:

РПА базовый - подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

КШТ - коэффициент для определения размера штрафа;

б) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации:

СШТ = РПСМП базовый х КШТ,

где:

РПСМПбазовый \_ подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

КШТ - коэффициент для определения размера штрафа;

в) при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания:

СШТ = РППП базовый х КШТ,

где:

РППП базовый \_ подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

КШТ - коэффициент для определения размера штрафа;

г) при оказании медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара:

СШТ = РПСП х КШТ

где:

РПСТ - подушевой норматив финансирования, установленный в соответствии с территориальной программой на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

КШТ - коэффициент для определения размера штрафа.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Код дефекта | Основание для отказа | Размер  КНО | Размер  КШТ |
| 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; | - | 0,3 |
| 1.1.2 | на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации; | - | 0,3 |
| 1.1.3. | нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, времени доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме, несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения; | - | 0,3 |
| 1.1.4. | невключение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения. | - | - |
| 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 ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания; | - | 1,0 |
| 1.2.2. | повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания. | - | 3,0 |
| 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 ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания; | - | 1,0 |
| 1.3.2. | повлекший за собой причинение вреда здоровью, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке). | - | 3,0 |
| 1.4. | Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования. | 1,0 | 1,0 |
| 1.5. | Приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, в период оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи. | 0,5 | 0,5 |
| Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения | | | |
| 2.1. | Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет. | - | 1,0 |
| 2.2. | Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации: | | |
| 2.2.1. | о режиме работы медицинской организации; | - | 0,3 |
| 2.2.2. | об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – территориальная программа), в том числе о сроках ожидания медицинской помощи; | - | 0,3 |
| 2.2.3. | о видах оказываемой медицинской помощи; | - | 0,3 |
| 2.2.4. | о критериях доступности и качества медицинской помощи; | - | 0,3 |
| 2.2.5. | о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов; | - | 0,3 |
| 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% скидкой со свободных цен. | - | 0,3 |
| 2.3. | Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях. | - | 1,0 |
| 2.4. | Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации: | | |
| 2.4.1. | о режиме работы медицинской организации; | - | 0,3 |
| 2.4.2. | об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи; | - | 0,3 |
| 2.4.3. | о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации; | - | 0,3 |
| 2.4.4. | о критериях доступности и качества медицинской помощи; | - | 0,3 |
| 2.4.5. | о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов; | - | 0,3 |
| 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% скидкой со свободных цен. | - | 0,3 |
| Раздел 3. Нарушения при оказании медицинской помощи | | | |
| 3.1. | Случаи нарушения врачебной этики и деонтологии медицинскими работниками (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц). | 0,1 | 1,0 |
| 3.2. | Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий: | | |
| 3.2.1. | не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица; | 0,1 | - |
| 3.2.2. | приведшее к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях); | 0,3 | - |
| 3.2.3. | приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях); | 0,4 | - |
| 3.2.4. | приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях); | 0,9 | 1,0 |
| 3.2.5. | приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях); | 1,0 | 3,0 |
| 3.2.6. | рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении указанными центрами консультаций/консилиумов с применением консультаций с применением телемедицинских технологий, при необоснованном невыполнении данных рекомендаций; | - | - |
| 3.3. | Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками  оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий: | | |
| 3.3.1. | приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях); | - | - |
| 3.4. | Преждевременное с клинической точки зрения прекращение оказания медицинской помощи при отсутствии клинического эффекта (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях); | 0,5 | - |
| 3.5. | Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, преждевременная выписка из медицинской организации), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение тридцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, стационарно (повторная госпитализация); повторный вызов скорой медицинской помощи в течение двадцати четырех часов от момента предшествующего вызова. | 0,3 | - |
| 3.6. | Нарушение по вине медицинской организации преемственности в оказании медицинской помощи (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков оказания медицинской помощи и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица. | 0,8 | 1,0 |
| 3.7. | Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, дневном стационаре. | 0,7 | 0,3 |
| 3.8. | Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям. | 0,6 | - |
| 3.9. | Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании медицинской помощи амбулаторно, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях. | - | - |
| 3.10. | Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение аналогичных лекарственных препаратов, связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию оказания медицинской помощи. | 0,3 | - |
| 3.11 | Невыполнение по вине медицинской организации патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством. | - | - |
| 3.12. | Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории вследствие нарушений при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи. | 0,9 | 1,0 |
| Раздел 4. Дефекты оформления медицинской документации в медицинской организации | | | |
| 4.1. | Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин. | 1,0 | 1,0 |
| 4.2. | Отсутствие в медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи. | 0,1 | - |
| 4.3. | Отсутствие в документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях. | 0,1 | - |
| 4.4. | Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятий, клинической картине заболевания). | 0,5 | - |
| 4.5. | Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует табелю учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.). | 1,0 | - |
| 4.6. | Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе: | | |
| 4.6.1. | Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы. | Оплачивать после ЭКМП по корректному тарифу | 0,3 |
| 4.6.2. | Включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу. | 1,0 | 1,0 |
| 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; | 1,0 | - |
| 5.1.2. | сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов; | 1,0 | - |
| 5.1.3. | наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению, в том числе отсутствие указаний о включении в группу диспансерного наблюдения лица, которому установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение; | 1,0 | - |
| 5.1.4. | некорректное заполнение полей реестра счетов; | 1,0 | - |
| 5.1.5. | заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку); | 1,0 | - |
| 5.1.6. | дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты. | 1,0 | - |
| 5.2. | Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации, в том числе: | | |
| 5.2.1. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией; | 1,0 | - |
| 5.2.2. | введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса ОМС, адресе и т.д.); | 1,0 | - |
| 5.2.3. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис ОМС на территории другого субъекта Российской Федерации; | 1,0 | - |
| 5.2.4. | наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах; | 1,0 | - |
| 5.2.5. | включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории Российской Федерации. | 1,0 | - |
| 5.3. | Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС, в том числе: | | |
| 5.3.1. | Включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу ОМС; | 1,0 | - |
| 5.3.2. | Предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС; | 1,0 | - |
| 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). | 1,0 | - |
| 5.4. | Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе: | | |
| 5.4.1. | Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении; | 1,0 | - |
| 5.4.2. | Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении. | 1,0 | - |
| 5.5. | Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности, в том числе: | | |
| 5.5.1. | Включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации; | 1,0 | - |
| 5.5.2. | Предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности; | 1,0 | - |
| 5.5.3. | Предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов). | 1,0 | - |
| 5.6. | Включение в реестр счетов страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи. | 1,0 | - |
| 5.7. | Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе: | | |
| 5.7.1. | Позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее); | 1,0 | - |
| 5.7.2. | Дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре; | 1,0 | - |
| 5.7.3. | Стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией; | 1,0 | - |
| 5.7.4. | Стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное в системе ОМС. | 1,0 | - |
| 5.7.5. | Включения в реестр счетов медицинской помощи:  - амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара, дневного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, дневного стационара, а также консультаций в других медицинских организациях);  - дней лечения застрахованного лица в условиях дневного стационара в период пребывания пациента в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях). | 1,0 | - |
| 5.7.6. | Включение в реестр счетов нескольких страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана застрахованному лицу стационарно в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения. | 1,0 | - |
| 5.8. | Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом. | - | - |

Подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, утвержденные Тарифным соглашением о тарифах на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Кабардино-Балкарской Республике на 2020 год от 30.12.2019

- РПА базовый (подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях) – 145,11 руб. в мес.; **с 01.04.2020 г.** – 149,37 руб. в мес.,

- РПСМП базовый \_ (подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации) – 58,37 руб. в мес.,

- РПСТ подушевой норматив финансирования, установленный в соответствии с территориальной программой на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля) – для круглосуточного стационара – 6 134,26 руб., для дневного стационара – 1 287,81 руб.

- РППП базовый - подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования не установлен.