

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № 3

К ТАРИФНОМУ СОГЛАШЕНИЮ О РЕАЛИЗАЦИИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГОРОДА БАЙКОНУР НА 2019 ГОД

г. Байконур

27 апреля 2019 года

Дополнительное соглашение разработано в соответствии с:

- Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

- Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- Постановлением Правительства РФ от 12.04.2019 г. № 440 «О внесении изменений в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»;

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 г. № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»;

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019 г. № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»;

приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019 г. № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее – приказ ФОМС);

- постановлением Главы администрации города Байконур от 14.06.2019 г. № 260 «О внесении изменений в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в городе Байконур на 2019 год, утвержденную постановлением Главы администрации города Байконур от 05 февраля 2019 г. № 45»

Администрация города Байконур в лице заместителя Главы администрации Адасева Николая Петровича, Отдел здравоохранения города Байконур в лице начальника Квач Жанны Викторовны, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Байконур в лице директора Григорьевой Нины Алексеевны, Страховая медицинская организация ООО ВТБ Медицинское страхование в лице заместителя директора Байконурского филиала ООО ВТБ МС Избаевой Жанаркуль

Нуралиевны, Общественная организация «Первичная профсоюзная организация комплекса «Байконур» Общественной организации «Общероссийский профессиональный союз работников общего машиностроения» в лице председателя Горюновой Светланы Владимировны, именуемые в дальнейшем Сторонами, в соответствии с решением Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования жителей города Байконур от 26 июня 2019 г., протокол № 6, заключили настоящее Дополнительное соглашение к Тарифному соглашению о реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования города Байконур на 2019 год от 06 февраля 2019 г. (с изменениями) (далее – Дополнительное соглашение) о нижеследующем:

1. Внести в Тарифное соглашение о реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования города Байконур на 2019 год от 06 февраля 2019 г. (с изменениями) (далее – Тарифное соглашение) следующие изменения:

1.1. В абзаце 1 подраздела 3.1. Раздела 3 Тарифного соглашения цифры «11 163,35» заменить на цифры «11 189,65».

1.2. Подпункт 2.1.1. дополнить абзацем «Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации».

1.3. Абзац 12 подпункта 2.1.1. пункта 2.1. Раздела 2 Приложения №2 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции:

«Первый и второй этапы диспансеризации отдельных групп взрослого населения, профилактический медицинский осмотр взрослого населения, первые этапы диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних предъявляются к оплате после завершения комплекса работ (услуг), утвержденных приказами Минздрава России от 13.03.2019 N 124н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения", от 15.02.2013 N 72н "О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации", от 11.04.2013 N 216н "Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью", от

10.08.2017 N 514н "О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних" по тарифам, указанным в (приложениях № 4-9 к настоящему Тарифному соглашению)».

1.4. Абзац 15 подпункта 2.1.1. пункта 2.1. Раздела 2 Приложения № 2 к Тарифному соглашению исключить.

1.5. Абзац 16 подпункта 2.1.1. пункта 2.1. Раздела 2 Приложения № 2 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции:

«Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации определенных групп взрослого населения считаются выполненными и подлежат оплате в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушер-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови».

1.6. Приложение № 4 к Тарифному соглашению «Тариф законченного случая при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения по I этапу, с учетом дифференциации по полу и возрасту в определенные возрастные периоды (по приказу Минздрава России № 869н от 26.10.2017 г.)» изложить в новой редакции согласно Приложению № 1 к настоящему Дополнительному соглашению.

1.7. Приложение № 6 к Тарифному соглашению «Тариф законченного случая при проведении профилактических осмотров взрослого населения расчетов по I этапу, (по приказу Минздрава России № 1011н от 06.12.2012 г.)» изложить в новой редакции согласно Приложению № 2 к настоящему Дополнительному соглашению.

1.8. Приложение № 22 к Тарифному соглашению «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и размеров санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории города Байконур» изложить в новой редакции согласно Приложению № 3 к настоящему Дополнительному соглашению, с применением к правоотношениям с начала действия приказа ФОМС.

2. Настоящее Дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Тарифного соглашения, вступает в силу с даты подписания и распространяет свое действие на правоотношения, возникшие с 01 июня 2019 года. Положения Тарифного соглашения, не затронутые настоящим дополнительным соглашением, остаются без изменений.

**ПОДПИСИ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СТОРОН,
УЧАСТВУЮЩИХ В ТАРИФНОМ СОГЛАШЕНИИ:**

От администрации
города Байконур

 Н.П. Адасев


От Отдела здравоохранения
города Байконур

*и.о. начальника Отдела
мед. Н.В. Теловина* Ж.В. Квач

От ГФ ОМС
города Байконур

 Н.А. Григорьева

От Страховой медицинской
организации ООО ВТБ МС

 Ж.Н. Избаева

От профсоюзной организации
комплекса «Байконур»

 С.В. Горюнова



Приложение № 1
к Дополнительному соглашению
от 27 июня 2019 г.

Тарифы при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения по I этапу в определенные возрастные периоды (по приказу Минздрава России № 124н от 13.03.2019 г.)

Пол	Возраст	Стоимость комплексного посещения, руб.
м	21, 24, 27, 30, 33, 36, 39	537,72
м	41, 43, 47, 49, 51, 53, 57, 59, 61, 63, 65, 76-99	920,42
м	40, 42, 44-46, 48, 50, 52, 54-56, 58, 60, 62, 64-75	1493,28
Пол	Возраст	Стоимость комплексного посещения, руб.
ж	21, 24, 27, 30, 33, 36, 39	1288,35
ж	41, 43, 45, 47, 49, 51, 53, 55, 57, 59, 61, 63, 76-99	1671,05
ж	40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64-75	2243,91

Приложение № 2
к Дополнительному соглашению
от 27 июня 2019

Тарифы при проведении профилактического медицинского осмотра взрослого населения в определенные возрастные периоды (по приказу Минздрава России № 124н от 13.03.2019)

Возраст	Стоимость комплексного посещения, руб.	
	мужчины	женщины
18 -39	537,72	1288,35
40 и старше	920,42	920,42

Приложение № 3
к Дополнительному соглашению
от 24 июля 2019 г.

Перечень

оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)

Код дефекта в (НСИ)	Дефекты, нарушения	Санкции		Примечание
		Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, *	Размер штрафа *	
1	2	3	4	5
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 медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения.			Коэффициенты неоплаты и штрафа не установлены

1.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, 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;		1,0	Не применяется на территории страхования
1.3.2.	повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, 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	Не применяется на территории страхования
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 ²¹ , и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека ²² , на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.	0,5	0,5	

Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованных лиц

²¹ Распоряжение Правительства Российской Федерации от 10 декабря 2018 г. № 2378-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2018, № 51, ст. 8075).

²² Распоряжение Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2018 г. № 3053-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, № 2, ст. 196).

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 оказания гражданам Российской Федерации, 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 средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой ²³ .		0,3	
2.3.	Отсутствие инфоационных стендов в медицинских организациях.		1,0	
2.4.	Отсутствие на инфоационных 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 оказания гражданам Российской Федерации, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;	-	0,3	
2.4.3.	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;	-	0,3	

²³ В соответствии с пунктом 5 части 2 статьи 81 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6274; 2013, № 48, ст. 6165; 2014, № 49, ст. 6927).

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.	перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с 50% скидкой.		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 ²⁴);	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	0,9	1,0	

²⁴ В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6274; 2017, № 31, ст. 4791; 2013, № 48, ст. 6165; 2019, № 10, ст. 888).»

	случаях);			
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;			Коэффициенты неоплаты и штрафа не установлены
3.3.	Выполнение непоказанных, необрадованных 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);			Коэффициенты неоплаты и штрафа не установлены
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 обособленное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, стационарно (повторная госпитализация); повторный вызов скорой медицинской помощи в течение 24 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 лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	0,8	1,0	
3.7.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в 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, консультации в других медицинских организациях.			Коэффициенты неоплаты и штрафа не установлены
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 действующими законодательствами ²⁵ .			Коэффициенты неоплаты и штрафа не установлены
3.12.	Наличие расходов 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 первичной медицинской документации в медицинской организации				
4.1.	Непредставление 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 ²⁶ или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях.	0,1	-	

²⁵ В соответствии со статьей 67 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6274).

²⁶ В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6274; 2017, № 31, ст. 4791; 2013, № 48, ст. 6165; 2019, № 10, ст. 888).

4.4.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, 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 первичной медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:			
4.6.1	Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы.	0,3		В случаях, когда по результатам МЭЭ или ЭКМП устанавливается некорректное применение тарифа, требующего его замены (пункт 4.6.1 Перечня оснований), СМО осуществляет оплату медицинской помощи с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и штраф от тарифа, который следует применить. <i>(п. 149 в ред. Приказа МЗ РФ от 28.02.2019 года №108н «Об утверждении Правил ОМС»)</i>
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 представленной 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 обязательного медицинского страхования, адресе и т.д.);	1,0	-	
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис обязательного медицинского страхования на территории другого субъекта Российской Федерации;	1,0	-	
5.2.4.	наличие в реестре счетов неактуальных данных о застрахованных лицах;	1,0	-	
5.2.5.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по обязательному медицинскому страхованию на территории Российской Федерации.	1,0	-	
5.3.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования, в том числе:			
5.3.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования;	1,0	-	
5.3.2.	предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы;	1,0	-	

5.3.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования).	1,0	-	
5.4.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь, 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 случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	1,0	-	
5.5.2.	представление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;	1,0	-	
5.5.3.	представление 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 обязательного медицинского страхования;	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.			

Примечание:

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

$$C = N + C_{\text{шт.}}$$

где:

N – размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

$C_{\text{шт}}$ - размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

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

$$N = P_T \times K_{\text{коэ}}$$

где:

P_T – размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи;

$K_{\text{коэ}}$ - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшение оплаты медицинской помощи) к порядку организации и проведения контроля (далее – Перечень оснований), предусмотренным в порядке организации и проведения контроля.

Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества ($C_{\text{шт}}$), рассчитывается по формуле:

$$C_{\text{ит}} = \text{ПП} \times K_{\text{ит}}$$

1) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

$$C_{\text{ит}} = \text{РПА}_{\text{базовый}} \times K_{\text{ит}},$$

где:

$\text{РПА}_{\text{базовый}}$ - 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;

$K_{\text{ит}}$ - коэффициент для определения размера штрафа;

2) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации:

$$C_{\text{ит}} = \text{РПСМ}_{\text{базовый}} \times K_{\text{ит}},$$

где:

$\text{РПСМ}_{\text{базовый}}$ - 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;

$K_{\text{ит}}$ - коэффициент для определения размера штрафа;

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

$$C_{\text{ит}} = \text{РПП}_{\text{базовый}} \times K_{\text{ит}},$$

где:

$\text{РПП}_{\text{базовый}}$ - 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;

$K_{\text{ит}}$ - коэффициент для определения размера штрафа;

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

$$C_{\text{ит}} = \text{РПСт} \times K_{\text{ит}},$$

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;

$K_{\text{ит}}$ - коэффициент для определения размера штрафа

Коэффициент для определения размера штрафа ($K_{\text{ит}}$) устанавливается в соответствии с Перечнем оснований.