

СОГЛАШЕНИЕ №5 (ПРОЕКТ)
о внесении изменений в Тарифное соглашение
по обязательному медицинскому страхованию в Ленинградской области
на 2019 год
(далее – Соглашение №5)

_____ 2019 года

Представители Сторон

Уполномоченный
государственный
орган Ленинградской области

Комитет по здравоохранению
Ленинградской области,
в лице председателя комитета
Вылегжанина Сергея Валентиновича,
действующего на основании Положения о
Комитете по здравоохранению

Территориальный фонд

Территориальный фонд обязательного
медицинского страхования Ленинградской
области, в лице директора
Алексеева Александра Николаевича,
действующего на основании
Положения о Территориальном фонде

Представители страховых
медицинских организаций

ООО «Страховая медицинская компания
РЕСО-Мед»,
в лице заместителя директора Северо-
Западного филиала
Еремеева Юрия Алексеевича,
действующего на основании Положения и
Доверенности

Представители медицинских
профессиональных
некоммерческих организаций

Региональная общественная организация
«Врачебная палата Ленинградской области»,
в лице председателя
Костюшова Евгения Васильевича,
действующего на основании Устава

Представители
профессиональных союзов
медицинских работников или их
объединений (ассоциаций)

Территориальная Санкт-Петербурга
и Ленинградской области организация
профсоюза работников здравоохранения РФ,
в лице председателя
Элиовича Иосифа Григорьевича,
действующего на основании Устава

в соответствии с частью 2 статьи 30 Закона об ОМС установили внести в Тарифное соглашение по обязательному медицинскому страхованию в Ленинградской области на 2019 год (далее - Тарифное соглашение на 2019г) следующие изменения и дополнения:

1. Раздел «I. Общие положения» Тарифного соглашения на 2019г

после абзаца:

«- Приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 28.02.2011г №158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее - Приказ Минздравсоцразвития РФ №158н)»

дополнить абзацем следующего содержания:

«- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019г №108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»,

после абзаца:

«- Протокола заседания №1 от 23.01.2019г Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования в Ленинградской области»,

дополнить абзацем следующего содержания:

«- Протокола заседания №6 от 31.05.2019 Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования в Ленинградской области».

2. В разделе «III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи» Тарифного соглашения на 2019г:

2.1. В п.3.3 внести изменения и изложить в новой редакции Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, с учетом единого для Ленинградской области коэффициента дифференциации субъекта в размере 1,003, составляет:

в амбулаторных условиях – 3309,0 рублей в год на 1 застрахованного.

в скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, – 873,3 рублей в год (72,78 рублей в месяц) на 1 застрахованного.

2.3. с 01.05.2019

- внести изменения и изложить в новой редакции:

Приложение 6 - «Коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для однородных групп медицинских организаций по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г, действующие с 01.05.2019г», согласно Приложению 1 к Соглашению №5;

Приложение 7 - «Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для однородных групп медицинских организаций по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г, действующие с 01.05.2019г», согласно Приложению 2 к Соглашению №5;

2.4. с 06.05.2019 по 31.05.2019

- внести следующие изменения:

в Приложении 14 «Сборник тарифов на оплату посещений с профилактическими и иными целями (Диспансеризация) в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г Часть I, Часть I.1, Часть II»

в частях I, I.1 строку 3 «Лечебное дело» дополнить строками, начиная с графы 4, следующего содержания:

№ п/п	Профиль медицинской помощи	Подгруппа планирования по профилю медицинской помощи	Наименование тарифа	Стоимость (1посещение)	Вид МП	Специальность медицинского персонала	Возможность использования услуг по 1 этапу ДВ1 в соответствии с Приказом №869н от 26.10.17	Примечания
1	2	3	4	5	6	7	8	9
3	Лечебное дело	Лечебное дело**ДВ1 М	Лечебное дело**П	604,59	ПД	Лечебное дело		
		Лечебное дело**ДВ1 Ж	Лечебное дело**П	604,59	ПД			
		МБ Лечебное дело**ДВ1 М	МБ Лечебное дело**П	646,40	ПД			
		МБ Лечебное дело**ДВ1 Ж	МБ Лечебное дело**П	646,40	ПД			

	Лечебное дело**ДВ1 СК	Лечебное дело**П	604,59	ПД		
		МБ Лечебное дело**П	646,40	ПД		
	Лечебное дело**ДВ1 Ж Мам	Лечебное дело**П	604,59	ПД		
		МБ Лечебное дело**П	646,40	ПД		

№ п/п	Профиль медицинской помощи	Подгруппа планирования по профилю медицинской помощи	Наименование тарифа	Стоимость (1 посещение)	Вид МП	Специальность медицинского персонала	Возможность использования услуг по 1 этапу ДВ1 в соответствии с Приказом №869н от 26.10.17	Примечания
1	2	3	4	5	6	7	8	9
3	Лечебное дело	У2.1Лечебное дело**ДВ1 М	У2.1Лечебное дело **П	604,59	ПД	Лечебное дело		
		У2.1Лечебное дело**ДВ1 Ж	У2.1Лечебное дело **П	604,59	ПД			
		У2.1МБ Лечебное дело**ДВ1 М	У2.1МБ Лечебное дело **П	646,40	ПД			
		У2.1МБ Лечебное дело**ДВ1 Ж	У2.1МБ Лечебное дело**П	646,40	ПД			
		У2.1Лечебное дело**ДВ1 СК	У2.1Лечебное дело **П	604,59	ПД			
			МБ Лечебное дело**П	646,40	ПД			
		У2.1Лечебное **ДВ1Ж Мам	У2.1Лечебное дело **П	604,59	ПД			
			У2.1МБ Лечебное дело**П	646,40	ПД			

2.5. с 28.05.2019 (по дате экспертного заключения)

- внести изменения и изложить в новой редакции:

Приложение 45 - «Перечень санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в сфере обязательного медицинского страхования Ленинградской области на 2019 год», согласно Приложению 3 к Соглашению №5.

Приложения к Соглашению №5:

Приложение 1 – «Коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для однородных групп медицинских организаций по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г действующие с 01.05.2019г»;

Приложение 2 – «Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для однородных групп медицинских организаций по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г (с 01.05.2019)»;

Приложение 3 - «Перечень санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в сфере обязательного медицинского страхования Ленинградской области на 2019 год, действующий с 28.05.19г (по дате проведения экспертных мероприятий)».

Подписи Сторон:

Комитет по здравоохранению Ленинградской области	Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ленинградской области	ООО «Страховая медицинская компания РЕСО-Мед»	Региональная общественная организация «Врачебная палата Ленинградской области»	Территориальная Санкт-Петербурга и Ленинградской области организация профсоюза работников здравоохранения РФ
_____	_____	_____	_____	_____
С.В. Вылегжанин	А.Н. Алексеев	Ю.А. Еремеев	Е.В. Костюшов	И.Г. Элиович

Коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для однородных групп медицинских организаций по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г., действующий с 01.05.2019 г.

Лепл	Наименование МО	№ однородной группы	Половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива	Коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений	Коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотность прикрепленного населения	Коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание медицинской организации	Коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами"	Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для медицинской организации	Средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для i-той группы медицинских организаций
1		3							
1	ГБУЗ ЛО "ПРИМОРСКАЯ РБ"		0,997947	0,500000	0,492595	3,891006	1,586882	1,517659	
2	ГБУЗ ЛО "ТИХВИНСКАЯ МБ"		0,997908	1,500000	0,800308	1,033931	1,125611	1,394180	
3	ГБУЗ ЛО "ВЫБОРГСКАЯ ДГБ"	1	1,867662	1,500000	0,121097	3,201570	1,275818	1,385718	1,221207
4	ГБУЗ ЛО "ЛОМОНОСОВСКАЯ МБ"		0,983115	1,500000	0,820000	0,859502	1,178089	1,224431	
5	ГБУЗ ЛО "ВОЛХОВСКАЯ МБ"		1,019380	1,500000	0,702000	0,960807	1,121519	1,156664	
6	ГБУЗ ЛО "ВСЕВОЛОЖСКАЯ КМБ"		1,017736	1,500000	0,560000	1,157813	1,147311	1,135623	
7	ГБУЗ ЛО "ПОДПОРЖСКАЯ МБ"	2	0,997976	1,500000	1,000000	0,780435	0,895184	1,045828	1,040273
8	ГБУЗ ЛО "ВОЛОСОВСКАЯ МБ"		0,998270	1,500000	0,861578	1,116783	0,719194	1,036212	
9	ГБУЗ ЛО "ГАТЧИНСКАЯ КМБ"	3	0,994482	1,500000	2,348560	0,358026	0,790679	0,991755	0,991670
10	ГБУЗ ЛО "ПРИОЗЕРСКАЯ МБ"		1,001895	1,500000	0,680000	0,726004	1,336142	0,991321	
11	ГБУЗ ЛО "СЛАНЦЕВСКАЯ МБ"		0,993865	1,500000	0,682480	1,280927	0,759867	0,990309	
12	ГБУЗ ЛО "КИНГИСЕПСКАЯ МБ"		1,000679	1,500000	0,679914	0,968469	1,000751	0,989126	
13	ГБУЗ ЛО "КИРОВСКАЯ МБ"		0,994171	1,500000	0,617674	1,313221	0,815406	0,986333	
14	ГБУЗ ЛО "БОКСИТОГОРСКАЯ МБ"	4	1,001047	1,500000	0,820000	0,913783	0,869336	0,978116	0,979399
15	ГБУЗ ЛО "ЛОДЕЙНОПОЛЬСКАЯ МБ"		1,005410	1,500000	0,974855	0,749826	0,880985	0,971189	
16	ГБУЗ ЛО "ЛУЖСКАЯ МБ"		1,002871	1,500000	0,580000	0,961689	1,150202	0,965102	
17	ГБУЗ ЛО "РОЩИНСКАЯ РБ"		0,993587	0,500000	2,459380	0,820386	0,955643	0,957890	
18	ГБУЗ ЛО "СЕРГЮЛОВСКАЯ ГБ"		1,023580	0,500000	1,907037	1,000313	0,945972	0,923560	
19	ГБУЗ ЛО "ТОКСОВСКАЯ МБ"	5	1,009785	0,500000	1,875674	1,122456	0,867761	0,922414	0,896429
20	ФГБУЗ ЦМСЧ № 38 ФМБА РОССИИ		0,987695	0,500000	2,000000	0,944743	0,943631	0,880519	
21	ГБУЗ ЛО "ТОСНЕНСКАЯ КМБ"		0,972726	1,500000	0,494142	1,159779	1,048200	0,876502	
22	ГБУЗ ЛО «ВЫБОРГСКАЯ МБ»	6	0,851664	1,500000	0,658312	0,700085	1,467116	0,863787	0,853032
23	ГБУЗ ЛО "КИРИШСКАЯ МБ"		1,004554	1,500000	0,624000	0,920204	0,965809	0,835650	

**Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи,
оказываемой в амбулаторных условиях,
для однородных групп медицинских организаций по ТП ОМС в ЛО
(в рамках базовой) на 2019г, действующие с 01.05.19г**

№п/п	Наименование МО	№ однородной группы	ДПН в АМП, руб.
1	2	3	4
1	ГБУЗ ЛО "ПРИМОРСКАЯ РБ"	1	354,28
2	ГБУЗ ЛО "ВЫБОРГСКАЯ ДГБ"		
3	ГБУЗ ЛО "ТИХВИНСКАЯ МБ"		
4	ГБУЗ ЛО "ЛОМОНОСОВСКАЯ МБ"		
5	ГБУЗ ЛО "ВОЛХОВСКАЯ МБ"		
6	ГБУЗ ЛО "ВСЕВОЛОЖСКАЯ КМБ"		
7	ГБУЗ ЛО "ПОДПОРОЖСКАЯ МБ"	2	301,79
8	ГБУЗ ЛО "ВОЛОСОВСКАЯ МБ"		
9	ГБУЗ ЛО "ГАТЧИНСКАЯ КМБ"		
10	ГБУЗ ЛО "ПРИОЗЕРСКАЯ МБ"	3	287,69
11	ГБУЗ ЛО "СЛАНЦЕВСКАЯ МБ"		
12	ГБУЗ ЛО "КИНГИСЕППСКАЯ МБ"	4	284,13
13	ГБУЗ ЛО "КИРОВСКАЯ МБ"		
14	ГБУЗ ЛО "БОКСИТОГОРСКАЯ МБ"		
15	ГБУЗ ЛО "ЛОДЕЙНОПОЛЬСКАЯ МБ"		
16	ГБУЗ ЛО "ЛУЖСКАЯ МБ"		
17	ГБУЗ ЛО "РОЩИНСКАЯ РБ"		
18	ГБУЗ ЛО "СЕРТОЛОВСКАЯ ГБ"	5	260,06
19	ГБУЗ ЛО "ТОКСОВСКАЯ МБ"		
20	ФГБУЗ ЦМСЧ № 38 ФМБА РОССИИ		
21	ГБУЗ ЛО "ТОСНЕНСКАЯ КМБ"	6	247,47
22	ГБУЗ ЛО «ВЫБОРГСКАЯ МБ»		
23	ГБУЗ ЛО "КИРИШСКАЯ МБ"		

Перечень санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в сфере обязательного медицинского страхования Ленинградской области на 2019 год, действующий с 28.05.2019 г. (по дате проведения экспертных мероприятий)

№ п/п	Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (Приложение 8 Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденное приказом ФОМС от 01.12.2010 № 230 в редакции приказа ФОМС от 16.08.2011 №144, от 21.07.2015 №130, изменяющих документов: приказов ФОМС от 29.12.2015 №277, от 22.02.2017 №45)	Санкции*		Примечания
		Сумма, не подлежащая оплате, уменьшение оплаты	Размер штрафа	
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	-	РПх0,3	
1.1.2.	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации	-	РПх0,3	
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	-	РПх0,3	
1.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, в том числе:			
1.2.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания	-	РПх1,0	
1.2.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания	-	РПх3,0	

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 причинение вреда здоровью, не создавший риска возникновения нового заболевания	-	РПх1,0	
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)	-	РПх3,0	
1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования	РТх1,0	РПх1,0	
1.5.	Приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, лекарственных препаратов и/или медицинских изделий в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств», согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.	РТх0,5	РПх0,5	
Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения				
2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет	-	РПх1,0	
2.2.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации:			
2.2.1.	о режиме работы медицинской организации	-	РПх0,3	
2.2.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи	-	РПх0,3	
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи	-	РПх0,3	
2.2.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи	-	РПх0,3	
2.2.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно	-	РПх0,3	

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-процентной скидкой со свободных цен	-	РПх0,3
2.3.	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях	-	РПх1,0
2.4.	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:		
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации	-	РПх0,3
2.4.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи	-	РПх0,3
2.4.3.	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации	-	РПх0,3
2.4.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи	-	РПх0,3
2.4.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно	-	РПх0,3
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-процентной скидкой со свободных цен	-	РПх0,3
Раздел 3. Дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании медицинской помощи			
3.1.	Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц)	РТх0,1	РПх1,0
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи:		
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица	РТх0,1	-

3.2.2.	приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) отсутствия письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях)	РТх0,3	-	
3.2.3.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке)	РТх0,4	-	
3.2.4.	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке)	РТх0,9	РПх1,0	
3.2.5.	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	РТх1,0	РПх3,0	
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи мероприятий:			
3.3.2.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке)	-	-	
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения)	РТх0,5	-	
3.5.	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, дефекты лечения, преждевременная выписка), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обособанное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 15 дней со дня завершения амбулаторного лечения; повторная госпитализация в течение 30 дней со дня завершения лечения в стационаре; повторный вызов скорой медицинской помощи в течение 24 часов от момента предшествующего вызова.	РТх0,3	-	
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица	РТх0,8	РПх1,0	

3.7.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара	РТх0,7	РПх0,3
3.8.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям	РТх0,6	-
3.9.	Утратил силу. - Приказ ФФОМС от 21.07.2015 N 130.		
3.10.	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях	РТх0,3	-
3.11.	Утратил силу. - Приказ ФФОМС от 22.02.2017 N 45.		
3.12.	Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств – синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения	РТх0,9	РПх1,0
3.13.	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством		
3.14.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории вследствие дефектов при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи.		
Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации			
4.1	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин	РТх1,0	РПх1,0
4.2.	Отсутствие в первичной 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.	РТх0,1	-

4.3.	Отсутствие в первичной документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях.	РТх0,1	-
4.4.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление истории болезни с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	РТх0,5	-
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.)	РТх1,0	-
4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов		
4.6.1.	Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы*.	-	РПх0,3
4.6.2.	утратил силу. - Приказ ФФОМС от 21.07.2015 N 130.		
4.6.2.	Включение в счет на оплату медицинской помощи/медицинских услуг при отсутствии в медицинском документе сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи пациенту.	РТх1,0	РПх1,0
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	РТх1,0	-
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов	РТх1,0	-
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению	РТх1,0	-
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов	РТх1,0	-
5.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку)	РТх1,0	-
5.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты	РТх1,0	-

5.2.	Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации:		
5.2.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией	РГх1,0	-
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.)	РГх1,0	-
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис ОМС на территории другого субъекта РФ	РГх1,0	-
5.2.4.	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах	РГх1,0	-
5.2.5.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории РФ	РГх1,0	-
5.3.	Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС:		
5.3.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в Территориальную программу ОМС	РГх1,0	-
5.3.2.	предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы	РГх1,0	-
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)	РГх1,0	-
5.4.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь:		
5.4.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении	РГх1,0	-
5.4.2.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении	РГх1,0	-
5.5.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности:		
5.5.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации	РГх1,0	-
5.5.2.	предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации	РГх1,0	-

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)	РГx1,0	-	
5.6.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи	РГx1,0	-	
5.7.	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи:			
5.7.1.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее)	РГx1,0	-	
5.7.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре	РГx1,0	-	
5.7.3.	стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предьявленной к оплате медицинской организацией	РГx1,0	-	
5.7.4.	стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованное в системе ОМС	РГx1,0	-	
5.7.5.	включения в реестр счетов медицинской помощи: - амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи); - пациенто-дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях)	РГx1,0	-	
5.7.6.	включение в реестр счетов нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения	РГx1,0	-	

* Данный Перечень санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в сфере обязательного медицинского страхования Ленинградской области на 2019 год соответствует «Перечню оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (Приложение 8 Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденного приказом ФОМС от 01.12.2010 № 230 (далее — Перечень оснований).

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

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

$$С = Н + С \text{ шт.}$$

где:

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

С 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 (Н) рассчитывается по формуле:

$$Н = РТ \times К_{но},$$

где:

РТ — размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, соответствующий размеру по графе «Стоимость оказанной медицинской помощи» Реестра счетов медицинской организации, представленного на оплату в страховую медицинскую организацию;

К_{но} - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с Перечнем оснований и соответствует пункту 148. Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28 февраля 2019 г. N 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

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

$$С \text{ шт} = РП \times К \text{ шт.},$$

1) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

$$С \text{ шт} = РПА \text{ базовый} \times К \text{ шт.},$$

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;

2) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации:

$$С \text{ шт} = РПСМП \text{ базовый} \times К \text{ шт.},$$

где:

РПСМП 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;

Кшт - коэффициент для определения размера штрафа;

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

$$\text{Сшт} = \text{РПШП базовый} \times \text{Кшт},$$

где:

РПШП 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;

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

$$\text{Сшт} = \text{РПСТ} \times \text{Кшт},$$

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;

К шт - коэффициент для определения размера штрафа устанавливается в соответствии с Перечнем оснований и ответственности пункта 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Минздрава России от 28 февраля 2019 г. N 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».