**Краткий обзор Приказа Федерльного фонда ОМС от 28 февраля 2019 г. №36 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» и Приказа Минздрава России от 28.02.2019№N 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» в части экспертных мероприятий.**

Приказ Федерльного фонда ОМС от 28 февраля 2019 г. №36 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», отменяет действие приказа №230.

Общие контуры системы контроля в сфере ОМС остались прежними. Однако можно говорить о расширении функционала контрольных мероприятий.

Одной из новых целей контроля является предупреждение нарушений проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов, в том числе в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, предусматривающих планировочные решения внутренних пространств, обеспечивающих комфортность пребывания пациентов, включая организацию открытой регистратуры с инфоматом, электронного табло с расписанием приема врачей, колл-центра, системы навигации, зоны комфортного пребывания в холлах и оснащение входа автоматическими дверями.

Предусматривается, что страховая медицинская организация посредством информационного ресурса территориального фонда обязательного медицинского страхования должна вести персонифицированный учет сведений об онкологической медицинской помощи. Особо выделяется контроль оказанной медицинской помощи пациентам с диагнозом «онкология», при подозрении на онкопатологию, при установлении онкологического диагноза , впервые выявленного заболевания или продолжающегося лечения.

У МЭЭ появилась новая задача – выявление пациентов, не включенных в группу диспансерного наблюдения, либо включенных, но проходящих диспансерное наблюдение с нарушением требований приказов. Диспансерное наблюдение застрахованных лиц, в том числе, его периодичность, включение в группы диспансерного наблюдения, стало объектом медико-экономического контроля.

Появилось три новых повода для проведения целевой МЭЭ

- оказания медицинской помощи по профилю «онкология» с применением противоопухолевой терапии;

- несвоевременной постановки на диспансерное наблюдение застрахованных лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение, а также несоблюдения установленной периодичности осмотров граждан, включенных в группы диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований;

- госпитализации застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в плановой форме в стационаре (структурном подразделении стационара) другого профиля в соответствии с порядками оказания медицинской помощи (в целях настоящего Порядка далее – непрофильная госпитализация).

Целевая МЭЭ при повторных обращений по поводу одного и того же заболевания будет проводиться в течение тридцати дней - при оказании медицинской помощи амбулаторно (было 15).

Объем ежемесячных МЭЭ не изменился, но появились новые задачи – оценка медицинской помощи на соответствие порядкам оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе исполнение рекомендаций, полученных в результате консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий.

Появился новый повод для проведения ЭКМП - выявления по результатам целевой и тематической медико-экономической экспертизы нарушений при оказании медицинской помощи по профилю «онкология».

В новом приказе больше не используется понятие «дефект медицинской помощи», вместо него фигурирует «нарушение при оказании медицинской помощи». Понятие дефекта осталось только в отношении оформления медицинской документации.

Понятие «сложившаяся клиническая практика» исключена как критерий оценки качества медицинской помощи, остается понятие «соответствие клиническим рекомендациям». Экспертиза качества медицинской помощи проводится на основании критериев оценки качества медицинской помощи, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 мая 2017 г., регистрационный № 46740).

Приказ Минздрава России №203н обозначен как нормативно-правовой акт, из которого берутся критерии для оценки качества медицинской помощи в системе ОМС.

Вводится новый подвид ЭКМП – которая проводится несколькими экспертами качества медицинской помощи разных специальностей – мультидисциплинарная экспертиза качества медицинской помощи. Она проводится в случаях

1) получения жалобы от застрахованного лица или его представителя на доступность и качество медицинской помощи, оказанной специалистами разных профилей и/или на разных уровнях оказания медицинской помощи;

2) летальных исходов при:

остром коронарном синдроме (код по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр) (далее - МКБ10) - I 20.0; I 21 - I 24);

остром нарушении мозгового кровообращения (код МКБ10 - I 60 - I 63; G 45 - G 46);

внебольничных и госпитальных пневмониях (код МКБ10 - J 12 - J 18);

злокачественных новообразованиях молочной железы у женщин (код МКБ 10 - C 50);

злокачественные новообразования предстательной железы у мужчин (код МКБ10 - С61);

3) первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей.

Результаты медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, в том числе в рамках контроля за деятельностью страховых медицинских организаций (реэкспертиз) будут направляться в Министерство здравоохранения региона и в Росздравнадзор.

В форме экспертного заключения как приложения к акту экспертизы качества медицинской помощи п.3 «лечение» стал называться «оказание медицинской помощи». Акт экспертизы качества медицинской помощи претерпел изменения. Он стал более расширенным. Появился пункт о применении телемедицинских технологий.

Акт медико-экономической экспертизы расширился с 14 до 21 пункта, в том числе добавлены пункты касающиеся обоснованности и профильности госпитализации и о выполнении рекомендаций при проведении консультаций с применением телемедицинских технологий..

Перечень для отказа в оплате медицинской помощи фактически не поменялся. Убраны доказанные в установленном порядке нарушения медицинской этики и деонтологии работниками. Теперь это просто случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).

Добавлена санкция за невыполнение рекомендаций от медработников национальных медицинских исследовательских центров с применение телемедицинских технологий.

В случае несогласия с выводами страховой медицинской организации по результатам экспертиз, медицинская организация в течение 15 рабочих дней после получения актов возвращает подписанный акт в страховую медицинскую организацию с протоколом разногласий. Страховая медицинская организация рассматривает протокол разногласий в течение 10 рабочих дней с момента его получения и направляет в медицинскую организацию результат рассмотрения протокола. В случае не направления медицинской организацией протокола разногласий в срок, медицинская организация вправе оспорить результаты контроля исключительно в судебном порядке.

В случае несогласия, медицинская организация имеет право обжаловать заключение страховой медицинской организации в течение 15 рабочих дней со дня получения результатов рассмотрения протокола возражений.

Страховые организации будут размещать в медицинских организациях информацию не только о правах застрахованных, но и информацию о результатах контроля в отношении этой медицинской организации.

Приказ вступил в силу с 29 июня 2019 года.

Приказ Минздрава России от 28.02.2019№N 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования». Новые правила ОМС действуют с конца мая.

По новым Правилам медицинские организации должны сообщать на портале ТФОМС новую информацию: ежедневно — по диспансеризации и госпитализациям, ежегодно — по профосмотрам, при необходимости — по телемедицинским консультациям. А именно:

Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в условиях дневного стационара и/или специализированную медицинскую помощь, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь, включенную в базовую программу, ежедневно не позднее 09.00 часов местного времени осуществляет обновление сведений в информационном ресурсе за истекшие сутки о:

1) выполнении объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи, оказание которой предусмотрено лицензией на осуществление медицинской деятельности медицинской организации;

2) количестве свободных мест для госпитализации в плановом порядке в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи на текущий день и на ближайшие десять рабочих дней с указанием планируемой даты освобождения места;

3) застрахованных лицах, госпитализированных за день по направлениям, в том числе на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в плановом порядке в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи (в том числе в разрезе медицинских организаций, направивших застрахованное лицо на госпитализацию);

4) застрахованных лицах, госпитализированных в экстренном порядке;

5) застрахованных лицах, в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация, в том числе из-за отсутствия медицинских показаний.

6) о проведении консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий, не позднее одного рабочего дня с даты получения данных сведений.

Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, ежедневно не позднее 09.00 часов местного времени по рабочим дням осуществляет обновление в информационном ресурсе сведений о застрахованных лицах:

1) о застрахованных лицах за истекшие сутки, получивших направление в медицинскую организацию на госпитализацию в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи, включая дату госпитализации.

2) прошедших профилактический медицинский осмотр, в том числе для выявления болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний, формирующих основные причины смерти населения;

3) начавших прохождение диспансеризации;

4) завершивших первый этап диспансеризации;

5) направленных на второй этап диспансеризации;

6) завершивших второй этап диспансеризации.

Специалисты страховых медорганизаций в течение рабочего дня проверят, корректно ли клиника направила пациентов в профильные учреждения. Например, плановая госпитализация сорвалась либо прошла не вовремя, не по профилю. Страховщики свяжутся с пациентом и выяснят, почему так произошло. Если виновата клиника, об этом оповестят главврача и региональный Минздрав. При необходимости примут меры и переведут пациента.

Если ранее страховые медицинские организации контролировали качество оказанной медицинской помощи по факту ее оказания на основе документации от медорганизаций или по факту обращения граждан, то теперь новыми правилами определен пошаговый регламент сопровождения застрахованных лиц на всех этапах лечения.

Каждый год до 31 января поликлиники должны передавать в информационную систему ОМС списки прикрепленных пациентов для профилактических медосмотров в текущем календарном году. Также необходимо передавать планы-графики профосмотров, информацию о работе кабинетов, в том числе в вечерние часы и субботу.

Страховые медицинские организации будут оценивать, сколько времени потратила медорганизация на разные этапы диагностики и лечения онкологических пациентов. На портале ТФОМС создают индивидуальную историю страховых случаев на всех этапах оказания медпомощи, от подозрения на онкологическое заболевание и до лечения.

Так, врачи обязаны поставить диагноз пациенту, у которого подозревают онкологию, за 14 календарных дней со дня назначения исследований. В течение трех рабочих дней с момента, как поставили диагноз, пациента с онкозаболеванием нужно поставить на учет для диспансерного наблюдения. Если клиника нарушит сроки, СМО будут принимать необходимые меры, чтобы отстоять права пациентов.

Новые Правила ОМС требуют от Страховых медицинских организаций публиковать дополнительную информацию на своих сайтах, в том числе данные о нарушениях при предоставлении медпомощи, которые выявили по обращениям застрахованных.

Руководителям медицинских организаций важно обратить внимание на изменения методики расчета санкций. Методика представляет собой набор коэффициентов, которые установлены для каждого кода дефекта. Чтобы определить сумму неоплаты или неполной оплаты, на коэффициент умножают размер тарифа. Чтобы установить сумму штрафа, на коэффициент умножают размер подушевого норматива финансирования, отдельно подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, отдельно подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации , при оказании медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара - подушевой норматив финансирования, установленный в соответствии с территориальной программой .

Размеры сумм, не подлежащих оплате, размеры штрафов устанавливают в соответствии с Правилами ОМС Приложением к тарифному соглашению.

**КОЭФФИЦИЕНТЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА ФИНАНСОВЫХ САНКЦИЙ, ПРИМЕНЯЕМЫХ К МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ, МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ, ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Наименование оснований для отказа****в оплате медицинской помощи****(уменьшения оплаты медицинской помощи)** | **Размер коэффициента неполной оплаты** | **Размер коэффициента 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; | - | 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. \* санкция в приказе 230 отсутствовала | 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 причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания; | - | 1,0 |
| 1.2.2. | повлекший за собой причинение вреда здоровью, 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 причинение вреда здоровью, 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; | - | 0,3санкция в приказе 230 0.5 |
| 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; | - | 0,3санкция в приказе 230 0.5 |
| 2.2.3. | о видах оказываемой медицинской помощи; | - | 0,3санкция в приказе 230 0.5 |
| 2.2.4. | о кртериях доступности и качества медицинской помощи; | - | 0,3санкция в приказе 230 0.5 |
| 2.2.5. | о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов; | - | 0,3санкция в приказе 230 0.5 |
| 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 переч-нем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой. | - | 0,3санкция в приказе 230 0.5 |
| 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; | - | 0,3санкция в приказе 230 0.5 |
| 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; | - | 0,3санкция в приказе 230 0.5 |
| 2.4.3. | о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации; | - | 0,3санкция в приказе 230 0.5 |
| 2.4.4. | о критериях доступности и качества медицинской помощи; | - | 0,3санкция в приказе 230 0.5 |
| 2.4.5. | о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов; | - | 0,3санкция в приказе 230 0.5 |
| 2.4.6. | о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населе-ния и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с переч-нем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой. | - | 0,3санкция в приказе 230 0.5 |
| **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.\*санкция в приказе 230 отсутствовала | 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 те-лемедицинских технологий, при необоснованном невыполонении 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. | 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 медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях). | -санкция в приказе 230 0.4 | - |
| 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 (было 15 дней) со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, стационарно (повторная госпитализация), повторный вызов скорой медицинской помощи в течение 24 часов от момента предшествующего вызова. | 0,3санкция в приказе 230 0.5 | - |
| 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, 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, консультациям в других медицинских организацях. | -санкция в приказе 230 1,0 | - |
| 3.10. | Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение аналогичных лекарственных средств, связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения. | 0,3 | - |
| 3.11. | Невыполнение по вине медицинской организации патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством. | -санкция в приказе 230 0.3 | -санкция в приказе 230 0.3 |
| 3.12. | Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории вследствие нрушений 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 медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин | 1,0 | 1,0санкции в приказе 230не было |
| 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) | 0,5санкция в приказе 230 0.9 | - |
| 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: |
| 4.6.1. | Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы | Оплата медицинской помощи осуществляется с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить.было 1,0 | 0,3санкция в приказе 230 1,0 |
| 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 РФ; | 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 РФ. | 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; | 1,0 | - |
| 5.3.3. | включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей 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 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 при осуществлении 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 медицинской помощи: |
| 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 стационаре (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. |  |  |