

Размеры неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размеры штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)

| Код дефекта в соответствии с Классификатором причин отказа в оплате медицинской помощи F014 | Код нарушения/дефекта в соответствии с Приказом Минздрава России № 231н от 19.03.2021** | Перечень оснований ** | Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи ** | Размер штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества ** |
|---|---|--|--|--|
| Раздел I. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономического контроля | | | | |
| 201 | 1.1. | Нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, 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 | 30% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля |
| 272 | 1.2. | 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 (в случае, если установление диагноза и постановка на диспансерное наблюдение должно быть осуществлено в рамках одного случая оказания медицинской помощи). | 0 | 100% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля |
| 203 | 1.3. | Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации для оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной форме на койки терапевтического и хирургического профилей. | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания- 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. | 30% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля |
| | 1.4. | Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе: | | |
| 204 | 1.4.1. | наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета; | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания- 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу медицинской помощи в амбулаторных условиях - 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу СМП - 1% тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ тарифа вызова скорой медицинской помощи вне медицинской организации с внутривенным введением препарата в случае проведения тромболизиса**** | 0 |

| | | | | |
|-----|--------|--|--|---|
| 205 | 1.4.2. | сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов; | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания- 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу медицинской помощи в амбулаторных условиях - 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу СМП - 1% тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ тарифа вызова скорой медицинской помощи вне медицинской организации с внутривенным введением препарата в случае проведения тромболизиса**** | 0 |
| 206 | 1.4.3. | 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, отсутствие сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи по данным персонализированного учета сведений о застрахованных лицах и (или) о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам; | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания- 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу медицинской помощи в амбулаторных условиях - 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу СМП - 1% тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ тарифа вызова скорой медицинской помощи вне медицинской организации с внутривенным введением препарата в случае проведения тромболизиса**** | 0 |
| 207 | 1.4.4. | некорректное заполнение полей реестра счетов; | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания- 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу медицинской помощи в амбулаторных условиях - 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу СМП - 1% тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ тарифа вызова скорой медицинской помощи вне медицинской организации с внутривенным введением препарата в случае проведения тромболизиса**** | 0 |
| 208 | 1.4.5. | заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку); | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания- 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу медицинской помощи в амбулаторных условиях - 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу СМП - 1% тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ тарифа вызова скорой медицинской помощи вне медицинской организации с внутривенным введением препарата в случае проведения тромболизиса**** | 0 |
| 209 | 1.4.6. | дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты; | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания- 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу медицинской помощи в амбулаторных условиях - 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу СМП - 1% тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ тарифа вызова скорой медицинской помощи вне медицинской организации с внутривенным введением препарата в случае проведения тромболизиса**** | 0 |

| | | | | |
|-----|--------|--|---|---|
| 210 | 1.5. | Введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (включая ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе); | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания - 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу медицинской помощи в амбулаторных условиях - 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу СМП - 1% тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ тариф вызова скорой медицинской помощи вне медицинской организации с внутривенным введением препарата в случае проведения тромболизиса**** | 0 |
| | 1.6. | Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в программу обязательного медицинского страхования, в том числе: | | |
| 211 | 1.6.1. | включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в программу обязательного медицинского страхования; | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания - 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу медицинской помощи в амбулаторных условиях - 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу СМП - 1% тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ тарифа вызова скорой медицинской помощи вне медицинской организации с внутривенным введением препарата в случае проведения тромболизиса**** | 0 |
| 273 | 1.6.2. | предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного медицинской организацией в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании; | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу СМП - 100% тарифа вызова скорой медицинской помощи****/тарифа вызова скорой медицинской помощи вне медицинской организации с внутривенным введением препарата в случае проведения тромболизиса**** | 0 |
| 274 | 1.6.3. | предъявление к оплате медицинской помощи сверх размера финансового обеспечения распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного медицинской организации в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании; | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу СМП - 100% тарифа вызова скорой медицинской помощи****/тарифа вызова скорой медицинской помощи вне медицинской организации с внутривенным введением препарата в случае проведения тромболизиса**** | 0 |
| 214 | 1.6.4. | включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования, в том числе тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации, медицинских услуг, оказываемой частными медицинскими организациями в рамках пилотного проекта по вовлечению частных медицинских организаций в оказание медико-социальных услуг лицам в возрасте 65 лет и старше, являющимся гражданами Российской Федерации, в том числе проживающим в сельской местности. | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. | 0 |
| | 1.7. | Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе: | | |
| 275 | 1.7.1. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не установленным в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании; | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания - 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу медицинской помощи в амбулаторных условиях - 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу СМП - 1% тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ тарифа вызова скорой медицинской помощи вне медицинской организации с внутривенным введением препарата в случае проведения тромболизиса**** | 0 |

| | | | | |
|-----|--------|--|---|---|
| 276 | 1.7.2. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим установленным в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании. | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания - 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу медицинской помощи в амбулаторных условиях - 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу СМП - 1% тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ тарифа вызова скорой медицинской помощи вне медицинской организации с внутривенным введением препарата в случае проведения тромболизиса**** | 0 |
| | 1.8. | Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегитимных видов медицинской деятельности, в том числе с нарушением лицензионных требований: | | |
| 217 | 1.8.1. | включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации; | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания - 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу медицинской помощи в амбулаторных условиях - 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу СМП - 1% тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ тарифа вызова скорой медицинской помощи вне медицинской организации с внутривенным введением препарата в случае проведения тромболизиса**** | 0 |
| 277 | 1.8.2. | предоставление реестров счетов в случае прекращения действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности по случаям оказания медицинской помощи, завершившимся после прекращения действия лицензии медицинской организации; | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания - 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу медицинской помощи в амбулаторных условиях - 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу СМП - 1% тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ тарифа вызова скорой медицинской помощи вне медицинской организации с внутривенным введением препарата в случае проведения тромболизиса**** | 0 |
| 219 | 1.8.3. | предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: в том числе, данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности (на основании информации лицензирующих органов). | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания - 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу медицинской помощи в амбулаторных условиях - 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу СМП - 1% тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ Тарифа вызова скорой медицинской помощи вне медицинской организации с внутривенным введением препарата в случае проведения тромболизиса**** | 0 |
| 220 | 1.9. | Включение в реестр счетов страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации специалиста по профилю оказания медицинской помощи. | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания - 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу медицинской помощи в амбулаторных условиях - 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу СМП - 1% тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ тарифа вызова скорой медицинской помощи вне медицинской организации с внутривенным введением препарата в случае проведения тромболизиса**** | 0 |

| | | | | |
|--|---------|--|---|---|
| | 1.10. | Нарушения, связанные с повторным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе: | | |
| 221 | 1.10.1. | позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее); | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания - 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу медицинской помощи в амбулаторных условиях - 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу СМП - 1% тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ тарифа вызова скорой медицинской помощи вне медицинской организации с внутривенным введением препарата в случае проведения тромболизиса**** | 0 |
| 222 | 1.10.2. | дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре; | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания - 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу медицинской помощи в амбулаторных условиях - 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу СМП - 1% тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ тарифа вызова скорой медицинской помощи вне медицинской организации с внутривенным введением препарата в случае проведения тромболизиса**** | 0 |
| 223 | 1.10.3. | стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией; | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания - 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу медицинской помощи в амбулаторных условиях - 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу СМП - 1% тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ тарифа вызова скорой медицинской помощи вне медицинской организации с внутривенным введением препарата в случае проведения тромболизиса**** | 0 |
| 224 | 1.10.4. | стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию. | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания - 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу медицинской помощи в амбулаторных условиях - 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу СМП - 1% тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ тарифа вызова скорой медицинской помощи вне медицинской организации с внутривенным введением препарата в случае проведения тромболизиса**** | 0 |
| 225 | 1.10.5. | включение в реестр счетов медицинской помощи, оказанной амбулаторно, в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также оказания медицинской помощи (консультаций) в других медицинских организациях в экстренной и неотложной форме); | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. | 0 |
| 226 | 1.10.6. | 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. | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. | 0 |
| Раздел 2. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономической экспертизы | | | | |

| | | | | |
|-----|-------|---|---|--|
| 227 | 2.1. | Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования. | 0 | 30% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля |
| 228 | 2.2. | Нарушение условий оказания скорой медицинской помощи, выразившееся в несоблюдении установленного программой обязательного медицинского страхования времени доезда бригады скорой медицинской помощи, при летальном исходе до приезда бригады скорой помощи. | При оплате по подушевому принципу СМП - 100% тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ тарифа вызова скорой медицинской помощи вне медицинской организации с внутривенным введением препарата в случае проведения тромболизиса**** | 300% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля |
| 278 | 2.7. | Представление в реестрах счетов повторных случаев госпитализации застрахованного лица по одному и тому же заболеванию с длительностью три дня и менее (за исключением случаев, связанных с патологией беременности и родами) в течение четырнадцати календарных дней при оказании медицинской помощи в указанный период в амбулаторных условиях (за исключением случаев, при которых стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией). | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. | 30% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля |
| 238 | 2.8. | Необоснованное представление в реестрах счетов случаев оказания застрахованному лицу медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в период пребывания в условиях круглосуточного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях при экстренных и неотложных состояниях). | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара, действующей на дату оказания медицинской помощи. | 30% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля |
| 239 | 2.9. | Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, входящую в базовую либо территориальную программу обязательного медицинского страхования, при оказании медицинской помощи в рамках базовой либо территориальной программы обязательного медицинского страхования. | 0 | 100% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля |
| 240 | 2.10. | Приобретение пациентом или его представителем в период оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов <1>, и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека <2>, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи. | 50% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. | 50% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля |
| 241 | 2.11. | Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации. | 0 | 60% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля |

| | | | | |
|--|---------|---|---|--|
| 279 | 2.12. | Непредставление медицинской документации, учетно-отчетной документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации, а также результатов внутреннего и внешнего контроля медицинской организации, безопасности оказания медицинской помощи без объективных причин в течение 10 рабочих дней после получения медицинской организацией соответствующего запроса от Федерального фонда обязательного медицинского страхования или территориального фонда обязательного медицинского страхования, или страховой медицинской организации, или специалиста-эксперта, эксперта качества медицинской помощи, действующего по их поручению. | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. | 0 |
| 243 | 2.13. | Отсутствие в документации (несоблюдение требований к оформлению) информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях <3>. | 10% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. | 0 |
| 244 | 2.14. | 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; расхождение сведений об оказании медицинской помощи в различных разделах медицинской документации и/или учетно-отчетной документации, запрошенной на проведение экспертизы). | 50% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. | 0 |
| 245 | 2.15. | Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (в том числе, оказание медицинской помощи в период отпуска, обучения, командировок, выходных дней). | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. | 0 |
| | 2.16. | Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе: | | |
| 280 | 2.16.1. | оплаченный случай оказания медицинской помощи не соответствует тарифу, установленному законодательством об обязательном медицинском страховании; | 0,1***** | 30% от размера, предъявленной к оплате стоимости оказанной медицинской помощи |
| 247 | 2.16.2. | включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу; | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. | 100% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля |
| 281 | 2.16.3 | некорректное (неполное) отражение в реестре счета сведений медицинской документации. | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. | 0 |
| 248 | 2.17. | Отсутствие в карте стационарного больного протокола врачебной комиссии в случаях назначения застрахованному лицу лекарственного препарата, не входящего в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. | 0 | 30% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля |
| 249 | 2.18. | Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной либо базовой программой обязательного медицинского страхования. | 0 | 30% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля |
| Раздел 3 Нарушения, выявляемые при проведении экспертизы качества медицинской помощи | | | | |
| | 3.1. | Установление неверного диагноза, связанное с невыполнением, несвоевременным или ненадлежащим выполнением 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 по результатам проведенного диспансерного наблюдения, с учетом рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий: | | |
| 250 | 3.1.1. | не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица; | 10% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. | 0 |

| | | | | |
|-----|--------|---|---|--|
| 251 | 3.1.2. | приведшее к удлинению или укорочению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях); | 30% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. | 0 |
| 252 | 3.1.3. | приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания; | 40% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. | 30% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля |
| 253 | 3.1.4. | приведшее к инвалидизации; | 90% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. | 100% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля |
| 254 | 3.1.5. | приведшее к летальному исходу (в том числе при наличии расхождений клинического и патолого-анатомического диагнозов); | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. | 300% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля |
| | 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 по результатам проведенного диспансерного наблюдения, рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий: | | |
| 255 | 3.2.1. | не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица; | 10% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. | 0 |
| 256 | 3.2.2. | 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); | 40% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. | 30% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля |
| 257 | 3.2.3. | приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях); | 90% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. | 100% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля |
| 258 | 3.2.4. | приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях); | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. | 300% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля |
| 259 | 3.2.5. | 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; | 90% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. | 100% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля |

| | | | | |
|-----|--------|---|---|--|
| 260 | 3.2.6. | по результатам проведенного диспансерного наблюдения | 90% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. | 100% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля |
| 261 | 3.3. | Выполнение непоказанных, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий, приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания. | 50% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. | 60% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля |
| 262 | 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). | 50% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. | 30% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля |
| 263 | 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 четырнадцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, тридцати дней стационарно (повторная госпитализация). | 30% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. | 0 |
| 264 | 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. | 80% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. | 100% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля |
| 265 | 3.7. | Госпитализация застрахованного лица в плановой или неотложной форме с нарушением требований к профильности оказанной медицинской помощи (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации в неотложной и экстренной форме с последующим переводом в течение суток в профильные медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций). | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. | 30% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля |
| 266 | 3.8. | Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре, отсутствие пациента в медицинской организации на дату проверки. | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. | 30% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля |
| 267 | 3.9. | Необоснованное повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании медицинской помощи амбулаторно, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях, в связи с выпиской лекарственных препаратов группам населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей бесплатно и с 50-процентной скидкой, наблюдения беременных женщин, посещений, связанных с выдачей справок и иных медицинских документов. | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. | 30% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля |
| 282 | 3.10. | Наличие расхождений клинического и патолого-анатомического диагнозов 2 - 3 категории, обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований (за исключением оказания медицинской помощи в экстренной форме). | 90% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. | 50% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля |

| | | | | |
|-----|---------|---|--|--|
| 269 | 3.11. | 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. | 50% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. | 0 |
| 270 | 3.12. | Нарушение прав застрахованных лиц на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, базовой программы обязательного медицинского страхования; на выбор врача. | 0 | 30% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля |
| 283 | 3.13. | Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение лекарственных препаратов со схожим фармакологическим действием; нерациональная лекарственная терапия, в том числе несоответствие дозировок, кратности и длительности приема лекарственных препаратов с учетом стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций, связанные с риском для здоровья пациента. | 50% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. | 60% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля |
| | 3.14. | Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, в том числе: | | |
| 284 | 3.14.1. | с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья; | 0 | 100% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля |
| 285 | 3.14.2. | с последующим ухудшением состояния здоровья; | 0 | 200% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля |
| 286 | 3.14.3. | приведший к летальному исходу. | 0 | 300% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля |
| | 3.15. | Непроведение диспансерного наблюдения застрахованного лица (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения), включенного в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований, в том числе: | | |
| 287 | 3.15.1. | с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья; | 0 | 100% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля |
| 288 | 3.15.2. | с последующим ухудшением состояния здоровья (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения); | 0 | 200% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля |

| | | | | |
|-----|---------|---|---|---|
| 289 | 3.15.3. | приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения). | 0 | 300% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля |
|-----|---------|---|---|---|

*Подушевой норматив финансирования за счет средств ОМС, установленный на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля:

1) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях - подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный *Тарифным соглашением* субъекта Российской Федерации на год.

2) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации - подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный *Тарифным соглашением* субъекта Российской Федерации на год.

3) при оказании медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара - подушевой норматив финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленный *территориальной программой* на год.

4) при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания - 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 год.

** в соответствии с Приложением к Приказу Минздрава России от 19.03.2021 N 231н (в ред. Приказа Минздрава России от 01.07.2021 N 696н, от 21.02.2022 № 100н) «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» Приложением 5 к Приказу Минздрава России от 28.02.2019 N 108н (ред. от 26.03.2021 №254н, от 01.07.2021 N 696н, от 21.02.2022 № 100н, от 13.12.2022 N 789н) «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»

**** тариф вызова скорой медицинской помощи и тарифа на медицинские услуги при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации в случае проведения тромболитизиса, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации действующий на дату оказания медицинской помощи.

***** В соответствии с п. 154 Правил ОМС, утв. Приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2019 № 108н п. (в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н) в случаях применения кода нарушения/дефекта 2.16.1, размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = (PT1 - PT2) + PT2 \times \text{Кню},$$

где:

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

PT1 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный на оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

PT2 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, который следует применить за фактически предоставленную застрахованному лицу медицинскую помощь (в соответствии с данными медицинской и иной документации застрахованного лица, представленной на экспертизу);

Кню - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с Приложением N 5 к Правил ОМС.

В соответствии с п. 156 Правил ОМС, утв. Приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2019 № 108н (в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н) при наличии отклоненных от оплаты счетов на оплату медицинской помощи по результатам проведенного территориальным фондом медико-экономического контроля медицинская организация вправе доработать и представить в территориальный фонд отклоненные ранее от оплаты счета на оплату медицинской помощи и реестры счетов не позднее семи рабочих дней с даты получения соответствующего заключения по результатам медико-экономического контроля первично представленного медицинской организацией счета на оплату медицинской помощи, за исключением случая, указанного в абзаце втором настоящего пункта. Оплата счетов, повторно представленных медицинскими организациями к оплате после доработки, осуществляется в период оплаты счетов за следующий отчетный месяц.

В случае принятия Комиссией решения об увеличении медицинской организацией объемов предоставления медицинской помощи и (или) ее финансового обеспечения отклоненные ранее от оплаты счета и реестры счетов на оплату медицинской помощи повторно представляются медицинской организацией в территориальный фонд не позднее пятого рабочего дня месяца, следующего за месяцем, в котором Комиссией были рассмотрены объемы предоставления медицинской помощи и (или) ее финансового обеспечения.

Заместитель директора
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

Е.В. Касьянова

Директор
Территориального фонда обязательного медицинского страхования
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

А.П. Фучежи

Директор
филиала ООО «Капитал МС»
в Ханты-Мансийском автономном округе-Югре

И.Ю. Кузнецова

Директор
Ханты-Мансийского филиала ООО «АльфаСтрахование-ОМС»

О.А. Томина

Председатель
Ассоциации работников здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного округа-Югры

В.А. Гильванов

Председатель
Региональной организации Профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

О.Г. Меньшикова