

Размеры неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также для уплаты штрафов (для случаев оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, в дневном стационаре, в стационаре, скорой медицинской помощи вне медицинской организации (СМП))

Пункты**	Пункты в соответствии с Приказом ФФОМС от 07.04.2011 №79	Перечень оснований	Сумма, не подлежащая оплате, уменьшение оплаты, возмещение	Размер штрафа	Код дефекта в соответствии с Приказом ФФОМС от 07.04.2011 №79	Возможность доработки отклоненных от оплаты реестров счетов***
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.	1.1.1.	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;		30% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля	1	нет
1.1.2.	1.1.2.	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;		30% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля	2	нет
1.1.3.	1.1.3.	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, времени досроча 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 установлен диагноз, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения;		30% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля	3	нет
1.1.4.	1.1.4.	невключение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлен диагноз, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения;			129	
1.2.		Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, в том числе:				
1.2.1.	1.2.1.	не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;		100% размера * размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля	4	нет
1.2.2.	1.2.2.	повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания;		300% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля	5	нет
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.	1.3.1.	не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;		100% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля	6	нет
1.3.2.	1.3.2.	повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке);		300% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля	7	нет
1.4.	1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. При оплате СМП по подушевому принципу - 100% базового тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ базового тарифа вызова скорой медицинской помощи**** и тарифа тромболитика за каждый случай оказания медицинской помощи	100% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля	8	нет

1.5.	1.5.	Приобретение пациентом или лицом, действующим 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 <sup>21</sup> , и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека <sup>22</sup> , 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 *размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля	9	нет
Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения						
2.1.	2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет.		100% размера *подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля	10	нет
2.2.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации:					
2.2.1.	2.2.1.	о режиме работы медицинской организации;		30% размера *размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля	11	нет
2.2.2.	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;		30% размера *размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля	12	нет
2.2.3.	2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи;		30% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля	13	нет
2.2.4.	2.2.4.	о критериях доступности и качества медицинской помощи;		30% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля	14	нет
2.2.5.	2.2.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;		30% размера *подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля	15	нет
2.2.6.	2.2.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой <sup>23</sup> .		30% размера *подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля	16	нет
2.3.	2.3.	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях.		100% размера *подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля	17	нет
2.4.	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:					
2.4.1.	2.4.1.	о режиме работы медицинской организации;		30% размера *подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля	18	нет
2.4.2.	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;		30% размера *подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля	19	нет
2.4.3.	2.4.3.	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;		30% размера *подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля	20	нет
2.4.4.	2.4.4.	о критериях доступности и качества медицинской помощи;		30% размера *подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля	21	нет
2.4.5.	2.4.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;		30% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля	22	нет
2.4.6.	2.4.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой.		30% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля	23	нет
Раздел 3. Нарушения при оказании медицинской помощи						
3.1.	3.1.	Случаи нарушения врачебной этики и деонтологии медицинскими работниками (устновляются по обращениям застрахованных лиц).	10% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. При оплате СМП по подушевому принципу - 10% базового тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ базового тарифа вызова скорой медицинской помощи**** и тарифа тромболитика за каждый случай оказания медицинской помощи.	100%* подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля	24	нет



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.	3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	10% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. При оплате СМП по подушевому принципу - 10% базового тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ базового тарифа вызова скорой медицинской помощи**** и тарифа тромболитика за каждый случай оказания медицинской помощи.	25	нет
3.2.2.	3.2.2.	приведшее к удлинению срока 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. При оплате СМП по подушевому принципу - 30% базового тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ базового тарифа вызова скорой медицинской помощи**** и тарифа тромболитика за каждый случай оказания медицинской помощи.	26	нет
3.2.3.	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);	40% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. При оплате СМП по подушевому принципу - 40% базового тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ базового тарифа вызова скорой медицинской помощи**** и тарифа тромболитика за каждый случай оказания медицинской помощи.	27	нет
3.2.4.	3.2.4.	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. При оплате СМП по подушевому принципу - 90% базового тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ базового тарифа вызова скорой медицинской помощи**** и тарифа тромболитика за каждый случай оказания медицинской помощи.	28	нет
3.2.5.	3.2.5.	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. При оплате СМП по подушевому принципу - 100% базового тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ базового тарифа вызова скорой медицинской помощи**** и тарифа тромболитика за каждый случай оказания медицинской помощи.	29	нет
3.2.6.	3.2.6.	рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении указанных центрами консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий, при обоснованном невыполнении данных рекомендаций;		130	
3.3.	3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий;		131	
3.3.1.	3.3.1.	приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях).		30	нет
3.4.	3.4.	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. При оплате СМП по подушевому принципу - 50% базового тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ базового тарифа вызова скорой медицинской помощи**** и тарифа тромболитика за каждый случай оказания медицинской помощи.	32	нет
3.5.	3.5.	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, преждевременная выписка из медицинской организации), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение тридцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, стационарно (повторная госпитализация); повторный вызов скорой медицинской помощи в течение двадцати четырех часов от момента предшествующего вызова.	30% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи.	33	нет
3.6.	3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в оказании медицинской помощи (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приводящее 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. При оплате СМП по подушевому принципу - 80% базового тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ базового тарифа вызова скорой медицинской помощи**** и тарифа тромболитика за каждый случай оказания медицинской помощи.	34	нет

3.7.	3.7.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь, которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре.	70% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи.	30%* подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля	35	нет
3.8.	3.8.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям	60% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи		36	нет
3.9.	3.9.	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании медицинской помощи амбулаторно, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях			132	нет
3.10.	3.10.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение аналогичных лекарственных препаратов, связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию оказания медицинской помощи	30% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. При оплате СМП по подушевому принципу - 30% базового тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ базового тарифа вызова скорой медицинской помощи****и тарифа тромболитика за каждый случай оказания медицинской помощи.		133	нет
3.11.	3.11.	Невыполнение по вине медицинской организации патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством <sup>25</sup> .			134	нет
3.12.	3.12.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории вследствие нарушений при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи.	90% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи.	100%* подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля	135	нет
Раздел 4. Дефекты оформления медицинской документации в медицинской организации						
4.1.	4.1.	Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. При оплате СМП по подушевому принципу - 100% базового тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ базового тарифа вызова скорой медицинской помощи****и тарифа тромболитика за каждый случай оказания медицинской помощи.	100%* подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля	43	нет
4.2.	4.2.	Отсутствие в медицинской документации результатов обследования, осмотра, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи	10% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. При оплате СМП по подушевому принципу - 10% базового тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ базового тарифа вызова скорой медицинской помощи****и тарифа тромболитика за каждый случай оказания медицинской помощи.		44	нет
4.3.	4.3.	Отсутствие в документации информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство <sup>26</sup> или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях.	10% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи.		45	нет
4.4.	4.4.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "аклейки", полное переформатирование с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	50% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. При оплате СМП по подушевому принципу - 50% базового тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ базового тарифа вызова скорой медицинской помощи****и тарифа тромболитика за каждый случай оказания медицинской помощи.		46	нет
4.5.	4.5.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате СМП по подушевому принципу - 100% базового тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ базового тарифа вызова скорой медицинской помощи****и тарифа тромболитика за каждый случай оказания медицинской помощи.		47	нет
4.6.	4.6.	Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:			48	
4.6.1.	4.6.1.	Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы.*****		30%* подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля	128	нет
4.6.2.	4.6.2.	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. При оплате СМП по подушевому принципу - 100% базового тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ базового тарифа вызова скорой медицинской помощи****и тарифа тромболитика за каждый случай оказания медицинской помощи.	100%* подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля	49	нет
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.	5.1.1.	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 по подушевому принципу медицинской помощи в амбулаторных условиях - 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу СМП - 1% базового тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ базового тарифа вызова скорой медицинской помощи****и тарифа тромболитика за каждый случай оказания медицинской помощи.		50	да, при оплате по подушевому принципу / и услуга тромболитика - нет



[illegible]

5.3.2.	5.3.2.	Предъявлено к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу СМП - 100% базового тарифа вызова скорой медицинской помощи****, при оплате по подушевому принципу СМП и услуге тромболизиса (премиальное хотя 1 из распределенных объемов) - 100% базового тарифа вызова скорой медицинской помощи**** и тарифа тромболизиса за каждый случай оказания медицинской помощи	62	да
5.3.3.	5.3.3.	Включено в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования).	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи.	63	нет
5.4.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе:				
5.4.1.	5.4.1.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату 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% базового тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ базового тарифа вызова скорой медицинской помощи**** и тарифа тромболизиса за каждый случай оказания медицинской помощи.	64	да, при оплате по подушевому принципу, услуга тромболизиса - нет
5.4.2.	5.4.2.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату 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% базового тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ базового тарифа вызова скорой медицинской помощи**** и тарифа тромболизиса за каждый случай оказания медицинской помощи.	65	да, при оплате по подушевому принципу, услуга тромболизиса - нет
5.5.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов лицензированных видов медицинской деятельности, в том числе:				
5.5.1.	5.5.1.	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 по подушевому принципу медицинской помощи в амбулаторных условиях - 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу СМП - 1% базового тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ базового тарифа вызова скорой медицинской помощи**** и тарифа тромболизиса за каждый случай оказания медицинской помощи.	66	да, при оплате по подушевому принципу, услуга тромболизиса - нет
5.5.2.	5.5.2.	Предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату 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% базового тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ базового тарифа вызова скорой медицинской помощи**** и тарифа тромболизиса за каждый случай оказания медицинской помощи.	67	да, при оплате по подушевому принципу, услуга тромболизиса - нет
5.5.3.	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).	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату 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% базового тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ базового тарифа вызова скорой медицинской помощи**** и тарифа тромболизиса за каждый случай оказания медицинской помощи.	68	да, при оплате по подушевому принципу, услуга тромболизиса - нет
5.6.	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.	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату 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% базового тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ базового тарифа вызова скорой медицинской помощи**** и тарифа тромболизиса за каждый случай оказания медицинской помощи.	69	да, при оплате по подушевому принципу, услуга тромболизиса - нет
5.7.	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе:				
5.7.1.	5.7.1.	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 по подушевому принципу медицинской помощи в амбулаторных условиях - 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу СМП - 1% базового тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ базового тарифа вызова скорой медицинской помощи**** и тарифа тромболизиса за каждый случай оказания медицинской помощи.	70	нет
5.7.2.	5.7.2.	Дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу медицинской помощи в амбулаторных условиях - 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подушевому принципу СМП - 1% базового тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ базового тарифа вызова скорой медицинской помощи**** и тарифа тромболизиса за каждый случай оказания медицинской помощи.	71	нет
5.7.3.	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;	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующей на дату 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% базового тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ базового тарифа вызова скорой медицинской помощи**** и тарифа тромболизиса за каждый случай оказания медицинской помощи.	72	нет



5.7.4.	5.7.4.	Стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на первичном приеме, в стационаре, в условиях обязательного медицинского страхования.	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи. При оплате по подлущскому принципу медицинской помощи в амбулаторных условиях - 1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи. При оплате по подлущскому принципу СМП - 1% базового тарифа вызова скорой медицинской помощи****/ базового тарифа вызова скорой медицинской помощи**** и тарифа тромболитика за каждый случай оказания медицинской помощи.	73	да, при оплате по подлущскому принципу - нет
5.7.5.	5.7.5.	Включены в реестр счетов медицинской помощи - амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара, дневного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, дня выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях); - дней лечения застрахованного лица в условиях дневного стационара в период пребывания пациента в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях).	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи.	74	нет
5.7.6.	5.7.6.	Включены в реестр счетов медицинских страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана застрахованному лицу стационарно в один период оплаты с перерывом или в течение срока лечения.	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи.	75	нет
5.8.	5.8.	Отсутствует в реестре счетов связанных с страховым случаем с летальным исходом.		136	

\*Подлущской норматив финансовирования 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 - подлущской норматив финансовирования 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;

2) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации - подлущской норматив финансовирования 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;

3) при оказании медицинской помощи по подлущскому нормативу финансовирования медицинской помощи по всем случаям и условиям ее оказания - подлущской норматив финансовирования медицинской помощи по всем случаям 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;

4) при оказании медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара - подлущской норматив финансовирования установленного 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.

\*\* Пункты в соответствии с приложениями 8 к Приказу ФОМС от 28.02.2019 № 36 "Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию".

\*\*\* В соответствии с п. 150 Правил ОМС, утв. Приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н, Тарифным соглашением в системе ОМС на 2019 год, при наличии отклонений от оплаты случаев в реестре медицинской помощи по результатам проведенного страховыми медицинскими организациями медико-экономического контроля медицинских организаций вразе доработать и представить в ТФОМС Югры для проведения ФЛК отклонений равное от оплаты реестры медицинской помощи в сроки, установленные Тарифным соглашением, в следующем отчетном периоде.

\*\*\*\* Базовый тариф вызова скорой медицинской помощи, соответствующий стоимости единицы объема медицинской помощи (нормативу финансовых затрат на единицу объема предоставляемой медицинской помощи), установленный Постановлением Правительства ХМАО - Югры о территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи. Используется только в целях расчета сумм неоплаты/уменьшения оплаты медицинской помощи при выявлении нарушений по результатам контроля.

\*\*\*\*\* В случаях, когда по результатам медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи устанавливаются некорректное применение тарифа, требующего его замены (пункт 4.6.1 Перечня оснований), осуществляется оплата медицинской помощи с учетом разницы тарифа, подлежащего и оплаты, и тарифа, который следует применить.

1) Постановление Правительства Российской Федерации от 10 декабря 2018 г. № 2798-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2018, № 51, ст. 8075).

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

3) В соответствии с пунктом 5 части 2 статьи 81 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165; 2014, № 49, ст. 6927).

4) В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2017, № 31, ст. 4791; 2013, № 48, ст. 6165; 2019, № 10, ст. 888).

5) В соответствии со статьей 67 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724).

6) В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2017, № 31, ст. 4791; 2013, № 48, ст. 6165; 2019, № 10, ст. 888).

Подписи сторон:

Директор  
Департамента здравоохранения  
Ханты-Мансийского автономного округа-Югры

А.А. Дёбровольский

Директор  
Территориального фонда  
обязательного медицинского страхования

А.П. Фучежи

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

И.Ю. Кузнецова

Директор  
Ханты-Мансийского филиала  
ООО «АлифаСтрахование-ОМС»

М.А. Соловей

Член Некоммерческого партнерства  
«Ассоциация работников здравоохранения  
Ханты-Мансийского автономного округа-Югры»

Е.Н. Иванникова

Председатель  
окружной организации профсоюза  
работников здравоохранения РФ

О.Г. Меньшикова