

Размеры неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размеры штрафа за неокказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), действующие при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения медицинской помощи, завершённой после 12 марта 2022 года, в том числе начатой ранее

Код дефекта в соответствии с Приказом ФФОМС от 07.04.2011 №79*****	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 неокказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества **	Возможность доработки отклоненных от оплаты реестров счетов***
Раздел 1. 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	нет
202	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.	0	100% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля	нет
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 профиля.	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	нет
	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	да, при оплате по подушевому принципу / и услуга тромболизиса - нет
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	да, при оплате по подушевому принципу / и услуга тромболизиса - нет

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	да, при оплате по подушевому принципу / и услуга тромболизиса - нет
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	да, при оплате по подушевому принципу / и услуга тромболизиса - нет
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	да, при оплате по подушевому принципу / и услуга тромболизиса - нет
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	да, при оплате по подушевому принципу / и услуга тромболизиса - нет
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****/ тарифа вызова скорой медицинской помощи вне медицинской организации с внутривенным введением препарата в случае проведения тромболизиса****	0	да, при оплате по подушевому принципу / и услуга тромболизиса - нет
	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	нет
212	1.6.2.	предъявление 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, 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	да
213	1.6.3.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх размера финансового обеспечения распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;	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	да
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 социального страхования, медицинских услуг, оказываемой частными медицинскими организациями в рамках пилотного проекта по привлечению 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	нет
	1.7.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе:			
215	1.7.1.	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 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	да, при оплате по подушевому принципу / и услуга тромболизиса - нет
216	1.7.2.	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 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	да, при оплате по подушевому принципу / и услуга тромболизиса - нет
	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	нет
218	1.8.2.	предоставление реестров счетов в случае прекращения действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;	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	нет
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	нет
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	нет
	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	нет



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	нет
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	нет
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	нет
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	нет
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	нет
<b>Раздел 2. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономической экспертизы</b>					
227	2.1.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования.	0	0,3	нет
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	нет
237	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	нет

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	нет
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	нет
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	нет
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	нет
242	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	нет
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	нет
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, расхождении 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	нет
245	2.15.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует табелю 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	нет
	2.16.	Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:			
246	2.16.1.	оплаченный случай оказания медицинской помощи не соответствует тарифу, установленному законодательством об обязательном медицинском страховании;*****	10% 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	нет



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	нет
	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	нет
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	нет
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	нет
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	нет
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	нет
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	нет
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	нет
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	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 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	нет

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	нет
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	нет
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	нет
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	нет
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	нет
261	3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, 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	нет
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	нет
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	нет
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	нет



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	нет
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	нет
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 женщины, 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	нет
268	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	нет
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	нет
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	нет
271	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	нет
	3.14.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, в том числе:			
	3.14.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;	0	100% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля	нет
	3.14.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья;	0	200% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля	нет

	3.14.3.	приведший к летальному исходу.	0	300% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля	нет
	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:			
233	3.15.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;	0	100% размера * подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного на дату проведения контроля	нет
234	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	нет
235	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	нет

\*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 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 - подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, *установленный Тарифным соглашением* субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля

3) при оказании медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара - подушевой норматив финансирования установленный в соответствии с территориальной программой на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля.

4) при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания - подушевой норматив финансирования медицинской помощи в зависимости от условий, в которых фактически была оказана медицинская помощь, в соответствии с п. 1, п. 2 или п. 3 настоящего примечания.

\*\* 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 N108н (ред. от 26.03.2021 №254н, от 01.07.2021 N 696н, от 21.02.2022 № 100н) «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»

\*\*\* В соответствии с п. 156 Правил ОМС, утв. Приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н 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, а в случае принятия Комиссией решения об увеличении медицинской организации 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 в течение двадцати пяти рабочих дней со дня принятия решения Комиссии.

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

\*\*\*\*\* В соответствии с п. 154 Правил ОМС, утв. Приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н п. в случаях, когда по результатам медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи устанавливается некорректное применение тарифа, требующего его замены, страховая медицинская организация осуществляет оплату медицинской помощи с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить.

\*\*\*\*\* справочник кода дефектов Классификатора причин отказа в оплате медицинской помощи F014 , в части кодов дефектов, действующих с 25.05.2021 г. (Приказ ФОМС от 07.04.2011 N 79 (ред. от 05.03.2020) «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования»)



Подписи сторон:

Директор  
Департамента здравоохранения  
Ханты-Мансийского автономного округа - Югры

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

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

Директор  
Ханты-Мансийского филиала ООО «АлифаСтрахование-ОМС»

Председатель  
Ассоциации работников здравоохранения  
Ханты-Мансийского автономного округа-Югры

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

А.А. Добровольский

А.П. Фучиж

И.Ю. Кузнецова

О.А. Тозин

В.А. Гильванов

О.Г. Меньшикова