

**Перечень оснований  
для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты  
медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание  
медицинской помощи ненадлежащего качества**

вводится с 01.01.2020 года

Код нарушения	Перечень дефектов, нарушений	Коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи (Кно) *	Коэффициент для определения размера штрафа (Кшт)**
<b>1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц</b>			
1.1	Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:		
1.1.1	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС;	-	<b>0,3</b>
1.1.2	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;	-	<b>0,3</b>
1.1.3	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, времени доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме, несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения;		
1.1.3.1	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, времени доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме	-	<b>0,3</b>
1.1.3.2	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	-	<b>0,3</b>
1.1.4	невключение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения.		
1.2	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, в том числе:		
1.2.1	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	-	<b>1,0</b>

1.2.2	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания;	-	<b>3,0</b>
1.3	Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, в том числе:		
1.3.1	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	-	<b>1,0</b>
1.3.2	Повлекший за собой причинение вреда здоровью, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке).	-	<b>3,0</b>
1.4	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.	<b>1,0</b> – стоимости каждого случая оказанных платно медицинских услуг, входящих в ТП ОМС и связанных с заболеванием с которым пациент обратился за медицинской помощью, МО возвращает пациенту.	<b>1,0</b>
1.5	Приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента в период оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения включенных в "Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств" и(или) медицинских изделий, включенных в "Перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека" согласованных и утвержденных в установленном порядке на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.	<b>0,5</b> - от стоимости случая оказания медицинской помощи,	<b>0,5</b>
<b>2. Отсутствие информированности застрахованного населения</b>			
2.1	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет	-	<b>1,0</b>
2.2	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации:		
2.2.1	о режиме работы медицинской организации;	-	<b>0,3</b>
2.2.2	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в т.ч. о сроках ожидания медицинской помощи;	-	<b>0,3</b>
2.2.3	о видах оказываемой медицинской помощи;	-	<b>0,3</b>
2.2.4	о критериях доступности и качества медицинской помощи;	-	<b>0,3</b>
2.2.5	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;	-	<b>0,3</b>
2.2.6	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с пятидесяти процентной со свободных цен.	-	<b>0,3</b>
2.3	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях.	-	<b>1,0</b>
2.4	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:		
2.4.1	о режиме работы медицинской организации;	-	<b>0,3</b>

2.4.2	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи;	-	<b>0,3</b>
2.4.3	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;	-	<b>0,3</b>
2.4.4	о критериях доступности и качества медицинской помощи;	-	<b>0,3</b>
2.4.5	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;	-	<b>0,3</b>
2.4.6	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с пятидесяти процентной скидкой со свободных цен	-	<b>0,3</b>
<b>3. Нарушения при оказании медицинской помощи</b>			
3.1	Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц)	<b>0,1</b>	<b>1,0</b>
3.2	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:		
3.2.1	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	<b>0,1</b>	-
3.2.2	приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) отсутствия письменного согласия на лечение, в установленных законодательством РФ случаях);	<b>0,3</b>	-
3.2.3	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	<b>0,4</b>	-
3.2.4	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	<b>0,9</b>	<b>1,0</b>
3.2.5	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	<b>1,0</b>	<b>3,0</b>
3.2.6	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 выполнении данных рекомендаций;		
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения), по вопросам оказания медицинской помощи мероприятий:		
3.3.1	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);		

3.4	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном законодательством Российской Федерации случаях отказа от лечения).	<b>0,5</b>	-
3.5	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, дефекты лечения, преждевременная выписка), 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 30 дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, стационарно (повторная госпитализация); повторный вызов скорой медицинской помощи в течение 24 часов от момента предшествующего вызова.	<b>0,3</b>	-
3.6	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	<b>0,8</b>	<b>1,0</b>
3.7	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях; в условиях дневного стационара.	<b>0,7</b>	<b>0,3</b>
3.8	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.	<b>0,6</b>	-
3.9	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях.	<b>0,3</b>	-
3.10	Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение аналогичных лекарственных препаратов связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения.	<b>0,3</b>	-
3.11	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.		
3.12	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории вследствие дефектов при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи.	<b>0,9</b>	<b>1,0</b>
<b>4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации</b>			
4.1	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>
4.2	Отсутствие в медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи.	<b>0,1</b>	-
4.3	Отсутствие в первичной документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях.	<b>0,1</b>	-
4.4	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки» полное переоформление истории болезни с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	<b>0,5</b>	-

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.).	1,0 - каждого случая оказания медицинской помощи	-
4.6	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов: в том числе		
4.6.1	некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы	1,0 - разницы в оплате в случае неверно выбранного предъявленного к оплате и тарифа, который следует применить.	<b>0,3</b>
4.6.2	включение в счет на оплату медицинской помощи/медицинских услуг при отсутствии в медицинском документе сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи пациенту.	<b>1,0</b>	1,0
<b>5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов</b>			
5.1	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:		
5.1.1	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	<b>1,0</b>	-
5.1.2	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	<b>1,0</b>	-
5.1.3	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению; в том числе отсутствие указаний о включении в группу диспансерного наблюдения лица, которому установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение;	<b>1,0</b>	-
5.1.4	некорректное заполнение полей реестра счетов;	<b>1,0</b>	-
5.1.5	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	<b>1,0</b>	-
5.1.6	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.	<b>1,0</b>	-
5.2	Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации, в том числе:		
5.2.1	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;	<b>1,0</b>	-
5.2.2	введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса ОМС, адресе и т.д.);	<b>1,0</b>	-
5.2.3	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис ОМС на территории другого субъекта РФ;	<b>1,0</b>	-
5.2.4	наличие в реестре счетов неактуальных данных о застрахованных лицах;	<b>1,0</b>	-
5.2.5	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи предоставленной категориям граждан, не подлежащим обязательному медицинскому страхованию на территории РФ.	<b>1,0</b>	-
5.3	Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС:		
5.3.1	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в ТП ОМС;	<b>1,0</b>	-
5.3.2	предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке Территориальной программы;	<b>1,0</b>	-
5.3.3	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемое ФСС РФ).	<b>1,0</b>	-
5.4	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь:		

5.4.1	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;	<b>1,0</b>	-
5.4.2	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении;	<b>1,0</b>	-
5.5	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности: в том числе:		
5.5.1	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	<b>1,0</b>	-
5.5.2	предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;	<b>1,0</b>	-
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 данным лицензии и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов);	<b>1,0</b>	-
5.6	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.	<b>1,0</b>	-
5.7	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи:		
5.7.1	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	<b>1,0</b>	-
5.7.1.1	повторное включение ранее оплаченной позиции (ранее оплаченного счёта) за одну и ту же оказанную медицинскую помощь (услугу) в других медицинских организациях за период, установленный законодательством РФ (случаи диспансеризации и медицинских осмотров определённых групп взрослого и детского населения);	1,0	-
5.7.2	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре	<b>1,0</b>	-
5.7.3	стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;	<b>1,0</b>	-
5.7.4	стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованное в системе ОМС;	<b>1,0</b>	-
5.7.5	включения в реестр счетов медицинской помощи: - амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара, дневного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, дневного стационара, а также консультаций в других медицинских организациях); - дней лечения застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях);	<b>1,0</b>	-
5.7.6	включение в реестр счетов нескольких страховых случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты, с пересечением или совпадением сроков лечения.	<b>1,0</b>	-
5.8	Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом	<b>1,0</b>	-

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

$$C = H + C_{шт},$$

где:

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

$C_{шт}$  - размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

\* Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = PT \times K_{но},$$

где:

PT - размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи;

$K_{но}$  - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) к порядку организации и проведения контроля (далее - Перечень оснований), предусмотренным в порядке организации и проведения контроля.

\*\* Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества ( $C_{шт}$ ), рассчитывается по формуле:

$$C_{шт} = PP \times K_{шт},$$

1) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

$$C_{шт} = PP_{А базовый} \times K_{шт},$$

где:

$PP_{А базовый}$  - подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

$K_{шт}$  - коэффициент для определения размера штрафа;

2) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации:

$$C_{шт} = PP_{СМП базовый} \times K_{шт},$$

где:

$PP_{СМП базовый}$  - подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

$K_{шт}$  - коэффициент для определения размера штрафа;

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

$$C_{шт} = PP_{ПП базовый} \times K_{шт},$$

где:

РП<sub>ПП базовый</sub> - подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

К<sub>шт</sub> - коэффициент для определения размера штрафа;

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

$$C_{шт} = РП_{СТ} \times K_{шт},$$

где:

РП<sub>СТ</sub> - подушевой норматив финансирования, установленный в соответствии с территориальной программой на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

К<sub>шт</sub> - коэффициент для определения размера штрафа.