

**Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и уплаты медицинской организацией штрафа по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, а также обеспечения прав застрахованных граждан, кроме скорой медицинской помощи \***

Код дефекта	Основания для отказа от оплаты (уменьшения оплаты) за оказанную медицинскую помощь и уплаты медицинской организацией штрафа	Размер финансовых санкций (в т.ч. штрафов)		Рекомендации по применению
		Доля от предъявленной к оплате суммы, не подлежащая оплате вследствие подтверждения наличия оснований для отказа (уменьшения) оплаты за оказанную медицинскую помощь. Возмещение финансовых средств застрахованному лицу	Размер штрафа	
<b>1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц</b>				Финансовые санкции применяются по каждой письменной жалобе или обращению по поводу нарушения МО прав застрахованного лица, признанным обоснованными при следующих условиях: – результаты рассмотрения жалоб и обращений доведены до МО, что подтверждено соответствующей отметкой МО о регистрации входящей документации либо имеется доказательство почтового отправления в МО, и отсутствует претензия МО в течение 15 рабочих дней с момента получения результатов рассмотрения и извещения о признании жалобы обоснованной; – разногласия МО по признанию жалобы обоснованной, оформленные этическим комитетом
1.1.	Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:			
1.1.1.	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования; в соответствии с письменным заявлением застрахованного лица о прикреплении;		сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год.	

1.1.2.	на выбор врача в соответствии с письменным заявлением застрахованного лица, поданным лично или через своего законного представителя на имя руководителя медицинской организации с учетом согласия врача;		сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год.	либо Комиссией по урегулированию жалоб пациентов на досудебном уровне, урегулированы в порядке, установленном статьей 42 Закона № 326-ФЗ и разделом XI (пункты 73 -76) Порядка; – имеются материалы, подтверждающие удовлетворение МО жалобы застрахованного на досудебном уровне, в т. ч. документ, подтверждающий выплату МО денежных средств в пользу застрахованного, в случае если рассматривалась жалоба на взимание денежных средств. Все претензии МО по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, включая контроль обеспечения информированности застрахованных, а также по результатам целевых экспертиз по жалобам от застрахованных лиц или их представителей, должны быть урегулированы в порядке, установленном статьей 42 Закона № 326-ФЗ и разделом XI (пункты 73 -76) Порядка.
1.1.3.	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, в соответствии с Территориальной программой оказания гражданам Российской Федерации, проживающим в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи.		сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год.	
1.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, в том числе:			
1.2.1.	последствия за необоснованный отказ в оказании медицинской помощи застрахованному лицу, не повлекший причинение вреда здоровью, не создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания;		сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год.	
1.2.2.	последствия за необоснованный отказ в оказании медицинской помощи застрахованному лицу, повлекший причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания.	возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания, в т.ч. на основании судебного решения, вступившего в законную силу	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год.	

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 причинение вреда здоровью, не создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания либо возникновения нового заболевания;		сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год.
1.3.2.	повлекший причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания.	возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания, в т.ч. на основании судебного решения, вступившего в законную силу	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц (в рамках добровольного медицинского страхования или в виде оказания платных услуг) за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования и оплаченную из средств ОМС	сто процентов стоимости случая оказания медицинской помощи. Возмещение - сто процентов возврат средств, необоснованно затраченных застрахованным лицом, в т.ч. на основании судебного решения, вступившего в законную силу	

1.5.	Приобретение пациентом лекарственных средств и изделий медицинского назначения в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в "Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, формуляр лечения стационарного больного, согласованный и утвержденный в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи	двадцать процентов стоимости случая оказания медицинской помощи. Возмещение - сто процентов возврат средств, необоснованно затраченных застрахованным лицом, в т.ч. на основании судебного решения, вступившего в законную силу		
<b>2. Отсутствие информированности застрахованного населения (по результатам ежегодной плановой проверки)</b>				
2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети «Интернет».		двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год	<p>Финансовые санкции применяются при отсутствии у МО собственного официального сайта в сети «Интернет» или отдельной страницы на сайте администрации муниципального образования или вышестоящей организации при следующих условиях:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– отсутствие на официальном сайте (странице) указанной в Законе № 326-ФЗ и в подразделе 2.2 информации;</li> <li>– оформление акта контроля обеспечения информированности застрахованных лиц в соответствии с приказом ТФОМС от 26.12.2012 № 517 (в ред. приказа ТФОМС от 30.12.2013 №540).</li> </ul> <p>В случае отсутствия официального сайта (страницы) санкции применяются только по коду дефекта 2.1 (код 2.2 не применяется).</p>
2.2.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети «Интернет» следующей информации:			
2.2.1.	о режиме работы медицинской организации		двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год.	

2.2.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи		двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год.	
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи		двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год.	
2.2.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи, утвержденных в Территориальной программе		двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год.	
2.2.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно		двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год.	

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 50-процентной скидкой со свободных цен		двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год.	
2.3.	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях		двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год	<p>Финансовые санкции применяются при отсутствии в каждом отдельно расположенном поликлиническом подразделении, в т.ч. ФАП и ОВП, стационаре МО, отдельно стоящем корпусе МО, информационных стендов для застрахованных или отсутствии на имеющихся информационных стендах указанной информации.</p> <p>В стационаре допускается размещение информационного стенда только в приемном отделении (отделениях) либо в отдельно стоящем корпусе (корпусах) МО. Допускается наличие информации в форме информационной папки в ОВП и ФАП.</p>
2.4.	отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:			Отсутствие в отделении информационного стенда и/или информационной папки является основанием для применения кода дефекта 2.3.
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации;		двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год.	<p>В случае отсутствия информационных стендов санкции применяются только по коду дефекта 2.3 (коды раздела 2.4 не применяются).</p> <p>Информация на стендах должна быть читаемой и</p>

2.4.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи;		двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год.	доступной для понимания. Допускается представление информации на стендах в сокращенном варианте (адаптированном для застрахованных лиц), при этом по запросу застрахованных информация должна предоставляться в полном варианте. По одному и тому же дефекту, выявленному в разных подразделениях МО, финансовые санкции применяются однократно без суммирования (согласно п. 70 Порядка). Акт контроля обеспечения информированности застрахованных лиц оформляется в соответствии с приказом ТФОМС от 26.12.2012 № 517 (в ред. приказа ТФОМС от 30.12.2013 № 540)..
2.4.3.	о видах медицинской помощи, оказываемых данной медицинской организацией;		двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год.	
2.4.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи в соответствии с целевыми значениями критериев доступности и качества медицинской помощи, утвержденными в территориальной программе;		двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год.	
2.4.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;		двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год.	

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.		двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год.	
<b>3. Дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи</b>				
3.1.	Установленные комиссионно случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц) при признании жалобы обоснованной в установленном порядке		пятьдесят процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, в т.ч. на основании решения суда, вступившего в законную силу	
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи, и (или) клиническими протоколами ведения больных (при их отсутствии – с общепринятой клинической практикой), за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке:			В соответствии с порядком медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи (федеральными, региональными), и (или) клиническими протоколами ведения больных, принятыми профессиональным медицинским сообществом, и (или) общепринятой клинической практикой.
3.2.1.	невыполнение обязательств (в т.ч. клинических протоколов ведения больных, стандартов оказания медицинской помощи), не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	двадцать пять процентов стоимости случая оказания медицинской помощи		<b>Все коды подраздела 3.2 Перечня применяются:</b>  При проведении МЭЭ в случае, если: – в медицинской документации отсутствуют факты выполнения обязательных диагностических и (или) лечебных мероприятий в соответствии со



3.2.2.	<p>невыполнение обязательств (в т.ч. клинических протоколов ведения больных, стандартов оказания медицинской помощи), приведшее к необоснованному увеличению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке);</p>	<p>пятьдесят процентов стоимости случая оказания медицинской помощи сверх установленных сроков оказания медицинской помощи.</p>		<p>стандартами (с частотой предоставления 1) и (или) клиническими протоколами, и (или) общепринятой клинической практикой;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– не назначены все необходимые конкретному пациенту лекарственные препараты, относящиеся к базисной терапии, из числа обязательных лекарственных средств.</li> </ul> <p>При проведении ЭКМП выявляются факты, влияющие на достижение критериев качества:</p>
3.2.3.	<p>невыполнение обязательств, приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшие риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке);</p>	<p>пятьдесят процентов стоимости случая оказания медицинской помощи и в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– невыполнения, несвоевременного или ненадлежащего выполнения обязательных (с частотой предоставления 1) диагностических и (или) лечебных мероприятий, а также мероприятий, не являющихся обязательными (с частотой предоставления &lt; 1), но необходимых в данном случае оказания медицинской помощи для постановки полного, достоверного и своевременного диагноза и выбора адекватного метода (технологии) лечения в соответствии со стандартами и (или) клиническими протоколами, и (или) общепринятой клинической практикой;</li> <li>– отсутствия назначения, несвоевременного назначения, либо назначения лекарственных препаратов в неадекватной для конкретного пациента суточной и (или) курсовой дозе, несоблюдение критериев и длительности их назначения (в соответствии с основным заболеванием) с учетом сопутствующей патологии, непосредственно влияющей на течение основного заболевания.</li> </ul>
3.2.4.	<p>невыполнение обязательств (в т.ч. клинических протоколов ведения больных, стандартов оказания медицинской помощи), непосредственно приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке);</p>	<p>сто процентов стоимости случая оказания медицинской помощи и в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания</p>	<p>сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год.</p>	<p><b>Код дефекта 3.2.1</b> применяется также при выявлении несоответствия кода предъявленной к оплате КСГ фактической клинической картине заболевания, заключительному клиническому диагнозу и оказанной медицинской помощи в рамках одной нозологии (необоснованное «утяжеление» стадии или степени тяжести заболевания), сопровождающимся неполным</p>

3.2.5.	невыполнение обязательств (в т.ч. клинических протоколов ведения больных, стандартов оказания медицинской помощи), непосредственно приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке).	сто процентов стоимости случая оказания медицинской помощи	двести процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год.	выполнением стандартов и (или) клинических протоколов, и (или) мероприятий общепринятой клинической практики (оценка проводится по предъявленной КСГ).
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий:			Коды подраздела 3.3 применяются в случае выполнения не регламентированных стандартами медицинской помощи и (или) клиническими протоколами мероприятий, если они не были показаны в силу особенностей клинического течения заболевания (состояния)
3.3.1.	приведших к необоснованному увеличению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица;	двадцать пять процентов стоимости случая оказания медицинской помощи		
3.3.2.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо риску прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке).	пятьдесят процентов стоимости случая оказания медицинской помощи в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания, в т.ч. на основании решения суда, вступившего в законную силу		
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения)	двадцать пять процентов стоимости случая оказания медицинской помощи.		

3.5.	Повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения и 90 дней со дня завершения лечения в стационаре вследствие отсутствия положительной динамики в состоянии здоровья, подтвержденное проведенной целевой или плановой экспертизой (за исключением случаев этапного лечения, хронических непрерывно прогрессирующих заболеваний)	двадцать пять процентов стоимости случая первичного и повторного оказания медицинской помощи		При условии выявления дефектов медицинской помощи в результате целевой или плановой экспертизы случая первичного оказания медицинской помощи.
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня при наличии письменного согласия пациента или его законного представителя на перевод и отсутствия данных об отказе другой медицинской организации принять пациента на лечение), приведшее к необоснованному увеличению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица	пятьдесят процентов стоимости случая оказания медицинской помощи в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица, возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания		Код дефекта не должен применяться, если перевод в МО более высокого уровня был невозможен ввиду тяжести состояния и нетранспортабельности пациента (при наличии соответствующей записи в медицинской документации)

3.7.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских (в т.ч. эпидемиологических) показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара	пятьдесят процентов стоимости случая оказания медицинской помощи		
3.8.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре (отделении) другого профиля для специализированной помощи (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям	двадцать пять процентов стоимости случая оказания медицинской помощи.		
3.9.	Необоснованное удлинение сроков лечения по вине медицинской организации, а также необоснованное увеличение количества посещений, койко-дней, пациенто-дней, не связанных с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в рамках стандартов медицинской помощи	сто процентов приведенной стоимости необоснованного посещения, койко-дня, пациенто-дня		<p>Код дефекта применяется:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- при проведении очной экспертизы в случае отсутствия пациента на момент проверки в стационаре (дневном стационаре) (кроме случаев обследования или консультаций специалистов в других МО);</li> <li>- при отсутствии записи в медицинской документации о цели посещения и (или) клинического осмотра;</li> <li>- при выявлении посещений, койко-дней пациенто-дней, не связанных с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств, и при отсутствии других оснований для пребывания пациента в стационаре (дневном стационаре);</li> <li>- при выявлении факта отсутствия пациента в стационаре (дневном стационаре)</li> </ul>

3.10.	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 в случае отказа от госпитализации	сто процентов стоимости каждого случая, предъявленного к оплате повторно		
3.11.	Действие или бездействие медицинского персонала обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развития ятрогенного заболевания)	сто процентов стоимости случая оказания медицинской помощи	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу возникновения нового заболевания или по решению суда, вступившего в законную силу	
3.12.	Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств – синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанного с риском для здоровья пациента и/или приводящего к необоснованному удорожанию лечения	двадцать пять процентов стоимости случая оказания медицинской помощи		

3.13.	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством		двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год.	При применении кода дефекта необходимо руководствоваться статьей 67 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 25.06.2012) «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».
3.14.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи за исключением досуточной летальности		
<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 (за исключением случаев изъятия в соответствии с законодательством с предъявлением в таких случаях ксерокопии медицинской документации, заверенной уполномоченным лицом медицинского учреждения)	сто процентов стоимости случая оказания медицинской помощи	пятьдесят процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год (при оказании медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара).	Санкции применяются СМО и ТФОМС в случае непредставления первичной медицинской документации в сроки, установленные Порядком.  Штраф применяется только по случаям оказания медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара.
4.2.	Дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы, в т.ч. качества медицинской помощи (возможность оценки динамики состояния здоровья застрахованного лица, объема, характера и условий предоставления медицинской помощи)	десять процентов стоимости случая оказания медицинской помощи		В соответствии с письмом ТФОМС от 07.03.2013 № 24-04-03/168 «Комментарии по применению кода дефекта 4.2 (дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы, в т.ч. качества медицинской помощи)»

4.3.	Отсутствие в первичной медицинской документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица (или его законного представителя) на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица (или его законного представителя) от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях	двадцать пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		
4.4.	Наличие признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление истории болезни) с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания	сто процентов стоимости случая оказания медицинской помощи		<p>Применение данного кода дефекта возможно при наличии перечисленных ниже признаков, явно искажающих сведения о проведенных лечебных и диагностических мероприятиях, клинической картине и влияющих на экспертную оценку случая:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>дописки</b> – внесение текста в свободные места, приводящее к искажению формата документа и его структуры;</li> <li>– <b>вклейки</b> – наличие в медицинской документации дополнительных данных, в т.ч. бланков результатов лабораторных, инструментальных обследований, консультаций, не соответствующих сведениям, содержащимся в другой учетно-отчетной медицинской документации (журналы, карты учета и др.);</li> <li>– <b>исправления</b> (дат, текста, результатов анализов) – внесение новых записей поверх сделанных ранее при несовпадении с данными в другой учетно-отчетной медицинской документации (журналы, талоны пациентов и др.);</li> <li>– <b>полное переоформление</b> (истории болезни, амбулаторной карты) – несовпадение текста медицинской документации, либо его части, с копией данного документа, сделанной ранее.</li> </ul> <p>При выявлении нарушений по данному коду дефекта рекомендуется делать копии медицинской документации для последующего подтверждения</p>

				результатов экспертизы в порядке обжалования.
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 отсутствия врача по причине отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.)	сто процентов стоимости случая оказания медицинской помощи		
4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестров счетов (выставление счета за неоказанные медицинские услуги), в том числе:			
4.6.1.	включение в счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов посещений, койко-дней и др., не подтвержденных первичной медицинской документацией;	сто процентов стоимости случая оказания медицинской помощи		Основания для применения кода дефекта: <ul style="list-style-type: none"> <li>– отсутствие записи в амбулаторной карте, подтверждающей факт оказания медицинской помощи;</li> <li>– несоответствие кода посещения в реестре данным амбулаторной карты, приводящее к удорожанию оказанной медицинской помощи;</li> <li>– предъявленный на оплату случай медицинской помощи, отнесенный к определенной КСГ в зависимости от кода МКБ-10 или кода хирургической операции по номенклатуре медицинских услуг, не соответствует нозологической форме заболевания, клиническому диагнозу, фактически оказанной медицинской помощи и (или) выполненной хирургической операции и превышает стоимость случая.</li> </ul>
4.6.2.	несоответствие сроков лечения застрахованного лица в первичной медицинской документации срокам, указанным в реестре счетов.	сто процентов стоимости случая оказания медицинской помощи, не подтвержденного первичной медицинской документацией		



<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;	сто процентов суммы счета	
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме, предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	сто процентов суммы счета	
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;	сто процентов стоимости случая оказания медицинской помощи по каждой записи реестра, содержащей незаполненные поля, обязательные к заполнению	
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	сто процентов стоимости случая оказания медицинской помощи по каждой записи реестра, содержащей некорректные данные	
5.1.5.	некорректные суммы по позициям реестров счетов (арифметические ошибки);	сто процентов стоимости случая оказания медицинской помощи по каждой записи реестра, содержащей некорректные данные	

5.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду оплаты	сто процентов стоимости за каждый случай медицинской помощи, не соответствующий по дате оказания отчетному периоду оплаты		
5.2. Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации:				
5.2.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, получившему полис обязательного медицинского страхования в другой страховой медицинской организации, если данное нарушение зависит от действий медицинской организации;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		
5.2.2.	включение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе и т.д.), если данное нарушение зависит от действий медицинской организации;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис обязательного медицинского страхования на территории другого субъекта Российской Федерации;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		
5.2.4.	наличие в реестре счетов неактуальных данных о застрахованных лицах, если данное нарушение зависит от	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		

	действий медицинской организации ;			
5.2.5.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи гражданам, не подлежащим обязательному медицинскому страхованию на территории Российской Федерации.	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		
5.3.	Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу обязательного медицинского страхования:			
5.3.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		
5.3.2.	предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного поквартального объема предоставления медицинской помощи, установленного решением Комиссии в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи;	восемьдесят пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи в условиях стационара; сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара и в амбулаторных условиях		Код дефекта применяется по каждому случаю, предъявленному к оплате сверх поквартального объема предоставления медицинской помощи, установленного решением Комиссии.
5.3.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников (лечение тяжелых несчастных случаев на производстве, оплачиваемое Фондом социального страхования Российской Федерации).	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		
5.4.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа медицинской помощи:			

5.4.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		
5.4.2.	включение в реестр счетов на оплату случаев оказания медицинской помощи по тарифам, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		
5.5.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности:			
5.5.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации за исключением случаев оказания неотложной (экстренной) медицинской помощи;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр необоснованно		
5.5.2.	предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр необоснованно (в период отсутствия лицензии)		

5.5.3.	представление 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).	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр необоснованно (после прекращения/приостановления действия лицензии)		
5.6.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи в соответствии с законодательством.	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр необоснованно		
5.7.	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи:			
5.7.1.	повторное включение ранее оплаченной позиции (повторное выставление ранее оплаченного счета);	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр повторно		
5.7.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре счетов;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр повторно		
5.7.3.	стоимость отдельной медицинской услуги (случая лечения), включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр необоснованно		

	организацией;			
5.7.4.	стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованное в системе ОМС;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр необоснованно		
5.7.5.	включение в реестр счетов медицинской помощи: амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи), пациенто - дней в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях);	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр необоснованно		
5.7.6.	включение в реестр счетов нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты, с пересечением или совпадением сроков лечения.	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр необоснованно		

\* - в соответствии с перечнем финансовые санкции применяются по дате акта МЭК, МЭЭ, ЭКМП