# Размеры сумм, не подлежащих оплате (уменьшения оплаты), и размеры штрафов

| № | Основания для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)  | Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи | Размер штрафа |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц |
| 1.1. | Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе: |
| 1.1.1. | на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования; | – | 30 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 1.1.2. | на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации; | – | 30 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 1.1.3. | нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке. | – | 30 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 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; | – | 100 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 1.2.2. | повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания. | – | 300 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 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; | – | 100 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 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).  | – | 300 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 1.4. | Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования. | 100 % размера тарифа | 100 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 1.5. | Приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, лекарственных препаратов и/или медицинских изделий в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в "Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств", согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи. | 50 % размера тарифа | 50 % размера ПНФ ТП ОМС |
|  | Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения |
| 2.1. | Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет. |  | 100 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 2.2. | Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации: |
| 2.2.1. | о режиме работы медицинской организации; |  | 50 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 2.2.2. | об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи; |  | 50 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 2.2.3. | о видах оказываемой медицинской помощи; |  | 50 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 2.2.4. | о показателях доступности и качества медицинской помощи; |  | 50 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 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; |  | 50 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 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. |  | 50 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 2.3. | Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях. |  | 100 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 2.4. | Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:  |
| 2.4.1. | о режиме работы медицинской организации; |  | 50 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 2.4.2. | об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи; |  | 50 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 2.4.3. | о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации; |  | 50 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 2.4.4. | о показателях доступности и качества медицинской помощи; |  | 50 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 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; |  | 50% размера ПНФ ТП ОМС |
| 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 50-процентной скидкой со свободных цен. |  | 50 % размера ПНФ ТП ОМС |
|  | Раздел 3. Дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании медицинской помощи |
| 3.1. | Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц). | 10% размера тарифа | 100 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 3.2. | Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи мероприятий:  |
| 3.2.1. | не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица; | 10% размера тарифа  | – |
| 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 Российской Федерации случаях); | 30 % размера тарифа  | – |
| 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 установленном порядке); | 40 % размера тарифа  | – |
| 3.2.4. | приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке); | 90 % размера тарифа | 100% размера ПНФ ТП ОМС |
| 3.2.5. | приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке). | 100 % размера тарифа  | 300% размера ПНФ ТП ОМС |
| 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. | Исключен с 12.02.2016 в связи с началом действия приказа ФОМС от 29.12.2015 № 277 |  |  |
| 3.3.2. | 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 установленном порядке). | 40% размера тарифа  | – |
| 3.4. | Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения). | 50 % размера тарифа | – |
| 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). | 50 % размера тарифа  | – |
| 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. | 80% размера тарифа  | 100 % размера ПНФ ТП ОМС |
| 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. | 70 % размера тарифа | 30% размера ПНФ ТП ОМС |
| 3.8. | Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям. | 60 % размера тарифа | – |
| 3.9. | Исключен согласно приказу ФОМС от 21.07.2015 № 130 |  |  |
| 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. | 100% размера тарифа | – |
| 3.11. | Неправильное действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания). | 90% размера тарифа | 100% размера ПНФ ТП ОМС |
| 3.12. | Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств – синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения. | 30% размера тарифа  | – |
| 3.13. | Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством. | 30% размера тарифа | 30% размера ПНФ ТП ОМС  |
| 3.14. | Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории вследствие дефектов при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи. | 90% размера тарифа  | 100% размера ПНФ ТП ОМС |
|  | Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации |
| 4.1. | Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин. | 100 % размера тарифа |  |
| 4.2. | Дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи). | 10 % размера тарифа | – |
| 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. | 10 % размера тарифа | – |
| 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). | 90% размера тарифа  | – |
| 4.5. | Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует табелю учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.). | 100 % размера тарифа  | – |
| 4.6. | Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов. | 100% размера тарифа  | 100% размера ПНФ ТП ОМС  |
| 4.6.1. | Некорректное применение тарифа по клинико-статистической группе, требующее его замены по результатам экспертизы. | *О применении смотри в Примечании* |
|  | Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов |
| 5.1. | Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе: |
| 5.1.1. | наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета; | 100 % размера тарифа | – |
| 5.1.2. | сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов; | 100 % размера тарифа | – |
| 5.1.3. | наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению; | 100 % размера тарифа | – |
| 5.1.4. | некорректное заполнение полей реестра счетов; | 100 % размера тарифа | – |
| 5.1.5. | заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку); | 100 % размера тарифа | – |
| 5.1.6. | дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты. | 100 % размера тарифа | – |
| 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, застрахованному другой страховой медицинской организацией; | 100 % размера тарифа | – |
| 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.); | 100 % размера тарифа | – |
| 5.2.3. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившего полис ОМС на территории другого субъекта РФ; | 100 % размера тарифа | – |
| 5.2.4. | наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах; | 100 % размера тарифа | – |
| 5.2.5. | включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории РФ.  | 100 % размера тарифа | – |
| 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 Территориальную программу ОМС; | 100 % размера тарифа | – |
| 5.3.2. | предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы; | 100 % размера тарифа  |  |
| 5.3.3. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования). | 100 % размера тарифа | – |
| 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; | 100 % размера тарифа  | – |
| 5.4.2. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении. | 100 % размера тарифа  | – |
| 5.5. | Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности: |
| 5.5.1. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;  | 100 % размера тарифа | – |
| 5.5.2. | предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации; | 100 % размера тарифа | – |
| 5.5.3. | предоставление на оплату реестров счетов в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов). | 100 % размера тарифа | – |
| 5.6. | Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи. | 100 % размера тарифа | – |
| 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); | 100 % размера тарифа | – |
| 5.7.2. | дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре; | 100 % размера тарифа | – |
| 5.7.3. | стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией; | 100 % размера тарифа | – |
| 5.7.4. | стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованных в системе ОМС. | 100 % размера тарифа | – |
| 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 пребывания 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). | 100 % размера тарифа | – |
| 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. | 100 % размера тарифа | – |

Примечания

1. До определения Правилами обязательного медицинского страхования размера санкций по основанию 4.6.1. при установлении по результатам медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи нарушений, соответствующих данному основанию, размер неоплаты определяется как сумма, на которую тариф, предъявленный к оплате, превышает тариф, который следует предъявить к оплате по результатам экспертизы.

2. ПНФ ТП ОМС – подушевой норматив финансирования, предусмотренный Территориальной программой ОМС за счет средств Территориального фонда ОМС, на дату оказания медицинской помощи.

3. В целях применения санкций в виде размера неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи под тарифом на оплату медицинской помощи, действующим на дату оказания медицинской помощи понимается:

3.1. При оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара:

- стоимость законченного случая лечения (дополнительные тарифы за анестезиологические, реанимационные пособия, и дополнительные тарифы на отдельно оплачиваемые услуги не применяются);

- суммарная стоимость законченного случая лечения по основному и дополнительным тарифам (на реанимационные, анестезиологические пособия и отдельно оплачиваемые медицинские услуги, оказанные в рамках случая госпитализации) в соответствии с клинико-статистическими группами.

3.2. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара - сумма, соответствующая размеру тарифа за врачебное посещение, за лабораторные и диагностические исследования, за законченный случай лечения.

3.3. При оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации:

- сумма, соответствующая размеру тарифа за вызов скорой медицинской помощи при предъявлении к оплате счетов по подушевым нормативам финансирования, а также за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам, которым полис обязательного медицинского страхования выдан за пределами Санкт-Петербурга;

- сумма, соответствующая размеру тарифа с кодом «СМП Системный тромболизис на догоспитальном этапе» при предъявлении к оплате счетов по указанному тарифу.

3.4. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевым нормативам на прикрепившихся лиц, - сумма, соответствующая размеру тарифа за единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (Приложение № 12-у к ГТС на 2017 год).

4. Санкции по п.п. 3.2.3 и 3.3.2 применяются при ухудшении состояния, возникновении нового заболевании у застрахованного лица.

5. Санкции по п. 4.4 применяются при наличии фактов, подтверждающих искажение сведений, представленных в медицинской документации.