

## ПЕРЕЧЕНЬ

### оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и применяемые финансовые санкции (штрафы) за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

Коды нарушений	Основание для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), уплаты медицинской организацией штрафа	Последствия	
		Сумма, не подлежащая оплате (уменьшение оплаты)	Размер штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества
1	2	3	4
<b>Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц</b>			
<b>1.1.</b>	<b>Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:</b>		
<b>1.1.1.</b>	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования	-	подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РП) с коэффициентом 0,3 (К <sub>шт</sub> )*
<b>1.1.2.</b>	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации	-	подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РП) с коэффициентом 0,3 (К <sub>шт</sub> )*
<b>1.1.3.</b>	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;	-	подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РП) с коэффициентом 0,3 (К <sub>шт</sub> )*
<b>1.1.4.</b>	Не 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>1.2.</b>	<b>Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, в том числе:</b>		
<b>1.2.1.</b>	не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания	-	подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РП) с коэффициентом 1,0 (К <sub>шт</sub> )*
<b>1.2.2.</b>	повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания	-	подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РП) с коэффициентом 3,0 (К <sub>шт</sub> )*
<b>1.3.</b>	<b>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:</b>		
<b>1.3.1.</b>	не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания	-	подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РП) с коэффициентом 1,0 (К <sub>шт</sub> )*
<b>1.3.2.</b>	повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	-	подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РП) с коэффициентом 3,0 (К <sub>шт</sub> )*
<b>1.4.</b>	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1,0	подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РП) с коэффициентом 1,0 (К <sub>шт</sub> )*
<b>1.5.</b>	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 препаратов, и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 0,5	подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РП) с коэффициентом 0,5 (К <sub>шт</sub> )*

Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения			
2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет		подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РП) с коэффициентом 1,0 (К <sub>шт</sub> )*
2.2.	<b>Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации:</b>		
2.2.1.	о режиме работы медицинской организации	-	подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РП) с коэффициентом 0,3 (К <sub>шт</sub> )*
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	-	подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РП) с коэффициентом 0,3 (К <sub>шт</sub> )*
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи	-	подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РП) с коэффициентом 0,3 (К <sub>шт</sub> )*
2.2.4.	о критериях доступности и качества медицинской помощи	-	подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РП) с коэффициентом 0,3 (К <sub>шт</sub> )*
2.2.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов	-	подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РП) с коэффициентом 0,3 (К <sub>шт</sub> )*
2.2.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой	-	подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РП) с коэффициентом 0,3 (К <sub>шт</sub> )*
2.3.	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях	-	подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РП) с коэффициентом 1,0 (К <sub>шт</sub> )*
2.4.	<b>Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:</b>		
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации	-	подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РП) с коэффициентом 0,3 (К <sub>шт</sub> )*
2.4.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи	-	подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РП) с коэффициентом 0,3 (К <sub>шт</sub> )*
2.4.3.	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации	-	подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РП) с коэффициентом 0,3 (К <sub>шт</sub> )

2.4.4.	о критериях доступности и качества медицинской помощи	-	подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РП) с коэффициентом 0,3 (К <sub>шт</sub> )
2.4.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов	-	подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РП) с коэффициентом 0,3 (К <sub>шт</sub> )
2.4.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой	-	подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РП) с коэффициентом 0,3 (К <sub>шт</sub> )
<b>Раздел 3. Нарушения при оказании медицинской помощи</b>			
3.1.	Случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц)	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 0,1	подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РП) с коэффициентом 1,0 (К <sub>шт</sub> )
3.2.	<b>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:</b>		
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 0,1	-
3.2.2.	приведшее к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях)	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 0,3	-
3.2.3.	приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях)	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 0,4	-

3.2.4.	приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях)	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 0,9	подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РП) с коэффициентом 1,0 (К <sub>шт</sub> )
3.2.5.	приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях)	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1,0	подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РП) с коэффициентом 3,0 (К <sub>шт</sub> )
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.	<b>Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий</b>		
3.3.1.	Приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях).	-	-
3.3.2.	Утратил силу		-
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).	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 0,5	-
3.5.	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, преждевременная выписка из медицинской организации), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 0,3	-

	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>3.6.</b>	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	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 0,8	подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РП) с коэффициентом 1,0 ( $K_{шт}$ )
<b>3.7.</b>	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно в дневном стационаре.	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 0,7	подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РП) с коэффициентом 0,3 ( $K_{шт}$ )
<b>3.8.</b>	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 0,6	-
<b>3.9.</b>	Повторное посещение 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.	-	-
<b>3.10.</b>	Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение аналогичных лекарственных препаратов, связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию медицинской помощи.	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 0,3	-
<b>3.11.</b>	Невыполнение по вине медицинской организации патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.	-	-
<b>3.12.</b>	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи,	подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РП) с коэффициентом 1,0 ( $K_{шт}$ )

	в следствие нарушений при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи.	с коэффициентом 0,9	
<b>3.13.</b>	Утратил силу		
<b>3.14.</b>	Утратил силу		
<b>Раздел 4. Дефекты оформления медицинской документации в медицинской организации</b>			
<b>4.1.</b>	Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1,0	подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РП) с коэффициентом 1,0 ( $K_{шт}$ )
<b>4.2.</b>	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.	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 0,1	-
<b>4.3.</b>	Отсутствие в документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 0,1	-
<b>4.4.</b>	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).	Размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 0,5	-
<b>4.5.</b>	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.)	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1,0	-
<b>4.6.</b>	Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов в том числе:		
<b>4.6.1.</b>	Некорректное применение тарифа, требующее его	-страховая медицинская организация осуществляет	подушевой норматив финансирования медицинской

	замены по результатам экспертизы.	оплату медицинской помощи с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить.	помощи (РП) с коэффициентом 0,3 (К <sub>шт</sub> )
<b>4.6.2.</b>	Включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинском документе сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу.	- размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1,0	подушевой норматив финансирования медицинской помощи (РП) с коэффициентом 1,0 (К <sub>шт</sub> )
<b>Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов</b>			
<b>5.1.</b>	<b>Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:</b>		
<b>5.1.1.</b>	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1,0	-
<b>5.1.2.</b>	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1,0	-
<b>5.1.3.</b>	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	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1,0	-
<b>5.1.4.</b>	некорректное заполнение полей реестра счетов	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1,0	-
<b>5.1.5.</b>	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку)	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1,0	-
<b>5.1.6.</b>	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1,0	-
<b>5.2.</b>	<b>Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации в том числе:</b>		
<b>5.2.1.</b>	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1,0	-
<b>5.2.2.</b>	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.)	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1,0	-



5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис ОМС на территории другого субъекта РФ	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1,0	-
5.2.4.	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах;	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1,0	-
5.2.5.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории РФ	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1,0	-
5.3.	<b>Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в территориальную программу обязательного медицинского страхования, в том числе:</b>		
5.3.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в Территориальную программу обязательного медицинского страхования	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1,0	-
5.3.2.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1,0	-
5.3.3.	включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования)	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1,0	-
5.4.	<b>Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинскую помощь, в том числе:</b>		
5.4.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1,0	-
5.4.2.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1,0	-
5.5.	<b>Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности, в том числе:</b>		
5.5.1.	включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1,0	-
5.5.2.	представления реестров счетов в случае	размер тарифа на оплату медицинской помощи,	-

	прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;	действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1,0	
<b>5.5.3.</b>	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)	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1,0	-
<b>5.6.</b>	Включение в реестр счетов страховых случаев при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1,0	-
<b>5.7.</b>	<b>Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе:</b>		
<b>5.7.1.</b>	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1,0	-
<b>5.7.2.</b>	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1,0	-
<b>5.7.3.</b>	стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1,0	-
<b>5.7.4.</b>	стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи оказанной амбулаторно на прикрепленное население, застрахованное в системе обязательного медицинского страхования	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1,0	-
<b>5.7.5.</b>	включение 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 условиях	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1,0	-

	дневного стационара в период пребывания пациента в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях)		
<b>5.7.6.</b>	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	размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, с коэффициентом 1,0	-
<b>5.8.</b>	Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом.		

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

$$C_{шт} = РП \times K_{шт},$$

1) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

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

где:

$РП_{А базовый}$  - 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:

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

где:

$РП_{СМП базовый}$  - 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 оказании медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара:

$$C_{\text{шт}} = \text{РП}_{\text{СТ}} \times K_{\text{шт}},$$

где:

$\text{РП}_{\text{СТ}}$  - 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;

$K_{\text{шт}}$  - коэффициент для определения размера штрафа.