

ПЕРЕЧЕНЬ

санкций, применяемых к медицинским организациям по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

Код дефекта (№ в НСИ)	Дефекты, нарушения	Санкции		Примечание
		Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения	Размер штрафа	
1	2	3	4	5
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 (1)	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования;	-	0,3	
1.1.2 (2)	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;	-	0,3	
1.1.3 (3)	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке.	-	0,3	

1	2	3	4	5
1.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с Территориальной программой обязательного медицинского страхования, в том числе:			
1.2.1 (4)	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	-	1,0	
1.2.2 (5)	повлекший за собой причинение вреда здоровью либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания.	-	3,0	
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 (6)	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания	-	1,0	
1.3.2 (7)	повлекший за собой причинение вреда здоровью либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)		3,0	
1.4. (8)	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную Территориальной программой обязательного медицинского страхования.	1,0	1,0	

1	2	3	4	5
1.5. (9)	Приобретение пациентом или лицом, действующим в интересах пациента, лекарственных средств 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.	0,5	0,5	
Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованных лиц				
2.1 (10)	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет.	-	1,0	
2.2.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации, в том числе:			
2.2.1 (11)	о режиме работы медицинской организации;	-	0,5	
2.2.2 (12)	об условиях оказания медицинской помощи, установленных Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, в том числе сроков ожидания медицинской помощи;	-	0,5	
2.2.3 (13)	о видах оказываемой медицинской помощи;	-	0,5	
2.2.4 (14)	о показателях доступности и качества медицинской помощи;	-	0,5	

1	2	3	4	5
2.2.5 (15)	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;	-	0,5	
2.2.6 (16)	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.	-	0,5	
2.3. (17)	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях.	-	1,0	
2.4.	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации, в том числе:			
2.4.1 (18)	о режиме работы медицинской организации;	-	0,5	
2.4.2 (19)	об условия оказания медицинской помощи, установленных Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, в том числе сроков ожидания медицинской помощи;	-	0,5	
2.4.3 (20)	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;	-	0,5	
2.4.4 (21)	о показателях доступности и качества медицинской помощи;	-	0,5	

1	2	3	4	5
2.4.5 (22)	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;	-	0,5	
2.4.6 (23)	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.	-	0,5	
Раздел 3. Дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании медицинской помощи				
3.1. (24)	Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).	0,1	1,0	
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 рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи:			
3.2.1 (25)	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	-	
3.2.2 (26)	приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке);	0,3	-	

1	2	3	4	5
3.2.3 (27)	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, оформленного в установленном порядке);	0,4	-	
3.2.4 (28)	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке);	0,9	1,0	
3.2.5 (29)	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	1,0	3,0	
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи мероприятий и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи мероприятий			
3.3.1 (30)	приведших к удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица;			
3.3.2 (31)	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, оформленного в установленном порядке).	0,4		
3.4. (32)	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).	0,5		

1	2	3	4	5
3.5. (33)	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).	0,5	-	
3.6. (34)	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.	0,6	1,0	
3.7. (35)	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.	0,7	0,3	Применяется при госпитализации застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация) в дневной стационар, медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях

1	2	3	4	5
3.8. (36)	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.	0,8	-	
3.10. (38)	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.	1,0	-	
3.11. (39)	Действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие язвенного заболевания).	0,9	1,0	
3.12. (40)	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.	0,3		
3.13. (41)	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством	0,3	0,3	
3.14. (42)	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории	0,9	1,0	
4.1. (43)	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.	1,0		

1	2	3	4	5
4.2. (44)	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).	1,0		Данный код дефекта применяется при проведении контроля качества (МЭЭ, ЭКМП)
4.3. (45)	Отсутствие в первичной документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства письменного согласия на лечение в установленных законодательством Российской Федерации случаях.	0,1	-	
4.4. (46)	Наличие признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление истории болезни, с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	0,9		<p>Признаками фальсификации являются:</p> <p>Дописки - вписывание текста в свободные места другим почерком.</p> <p>Исправления (дат, текста, результатов анализов) - внесение новых записей поверх механически удаленных либо зачеркнутых ранее сделанных при несовпадении с данными в другой медицинской документации (журналы, талоны пациента и т.д.)</p> <p>Вклейки – наличие в медицинской документации листов отличающихся по фактуре, цвету, размеру, за исключением карт однократного приема.</p> <p>Полное переоформление – несовпадение текста медицинской документации с заверенной в установленном порядке копией данного документа</p>

1	2	3	4	5
4.5. (47)	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		
4.6. (47)	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов	1,0	1,0	
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 (50)	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	1,0	-	
5.1.2 (51)	сумма счета не соответствует итоговой сумме представленной медицинской помощи по реестру счетов;	1,0	-	
5.1.3 (52)	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;	1,0	-	
5.1.4 (53)	некорректное заполнение полей реестра счетов;	1,0	-	
5.1.5 (54)	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	1,0	-	
5.1.6 (55)	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.	1,0	-	
5.2.	Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации, в том числе:			
5.2.1 (56)	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;	1,0	-	

1	2	3	4	5
5.2.2 (57)	введение 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.);	1,0	-	
5.2.3 (58)	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис обязательного медицинского страхования на территории другого субъекта Российской Федерации;	1,0	-	
5.2.4 (59)	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах;	1,0	-	
5.2.5 (60)	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по обязательному медицинскому страхованию на территории Российской Федерации.	1,0	-	
5.3.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в Территориальную программу обязательного медицинского страхования, в том числе:			
5.3.1 (61)	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в Территориальную программу обязательного медицинского страхования;	1,0	-	
5.3.2 (62)	предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением Комиссии по разработке Территориальной программы;	1,0	-	

1	2	3	4	5
5.3.3 (63)	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования).	1,0	-	
5.4.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь, в том числе:			
5.4.1 (64)	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;	1,0	-	
5.4.2 (65)	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в Тарифном соглашении.	1,0	-	
5.5.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности, в том числе:			
5.5.1 (66)	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	1,0	-	
5.5.2 (67)	представление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации;	1,0	-	

1	2	3	4	5
5.5.3 (68)	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);	1,0	-	
5.6. (69)	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.	1,0	-	
5.7.	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи, в том числе:			
5.7.1 (70)	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, который был оплачен ранее);	1,0	-	
5.7.2 (71)	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	1,0		
5.7.3 (72)	стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;	1,0	-	
5.7.4 (73)	Стоимость услуги включена в норматив финансирования обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования	1,0	-	

1	2	3	4	5
5.7.5 (74)	включения в реестр счетов следующих видов медицинской помощи, в том числе: 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 стационар (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях);	1,0	-	
5.7.6 (73)	включение в реестр счетов нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.	1,0	-	