

Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшение оплаты медицинской помощи), размеры неоплаты, неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и штрафы за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшение оплаты медицинской помощи)	Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи	Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества	Код нарушения (Числовой)
Раздел 1. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономического контроля				
1.1.	Нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, 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.	нет	тридцать процентов установленного тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемого в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленного территориальной программой на год	6130
1.2.	Невключение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения (в случае, если установление диагноза и постановка на диспансерное наблюдение должно быть осуществлено в рамках одного случая оказания медицинской помощи).	нет	сто процентов установленного тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемого в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленного территориальной программой на год	6131
1.3.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации для оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной форме на койки терапевтического и хирургического профилей.	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	тридцать процентов установленного тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемого в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленного территориальной программой на год	6132
1.4.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:			
1.4.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	нет	6102

1.4.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	нет	6103
1.4.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению, в том числе отсутствие указаний о включении в группу диспансерного наблюдения лица, которому установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение, отсутствие сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи по данным персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и (или) о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	нет	6104
1.4.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	нет	6105
1.4.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	нет	6106
1.4.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты;	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	нет	6107
1.5.	Введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (включая ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе);	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	нет	6109
1.6.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в программу обязательного медицинского страхования, в том числе:			
1.6.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, а также заболеваний и состояний, не входящих в программу обязательного медицинского страхования;	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	нет	6113
1.6.2.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного медицинской организации в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании;	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	нет	6114
1.6.3.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх размера финансового обеспечения распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного медицинской организации в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании;	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	нет	6133

1.6.4.	включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования, в том числе тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования Российской Федерации, медицинских услуг, оказываемой частными медицинскими организациями в рамках пилотного проекта по вовлечению частных медицинских организаций в оказание медико-социальных услуг лицам в возрасте 65 лет и старше, являющимся гражданами Российской Федерации, в том числе проживающим в сельской местности.	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	нет	6126
1.7.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе:			
1.7.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не установленным в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании;	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	нет	6115
1.7.2.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим установленным в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании.	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	нет	6116
1.8.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности, в том числе с нарушением лицензионных требований:			
1.8.1.	включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	нет	6117
1.8.2.	предоставление реестров счетов в случае прекращения действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности по случаям оказания медицинской помощи, завершившимся после прекращения действия лицензии медицинской организации;	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	нет	6118
1.8.3.	предоставление на оплату реестров счетов в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: в том числе, данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности (на основании информации лицензирующих органов).	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	нет	6122
1.9.	Включение в реестр счетов страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации специалиста по профилю оказания медицинской помощи.	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	нет	6123
1.10.	Нарушения, связанные с повторным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе:			
1.10.1.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	нет	6119

1.10.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	нет	6120
1.10.3.	стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	нет	6124
1.10.4.	стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию;	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	нет	6121
1.10.5.	включение в реестр счетов медицинской помощи, оказанной амбулаторно, в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также оказания медицинской помощи (консультаций) в других медицинских организациях в экстренной и неотложной форме);	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	нет	6186
1.10.6.	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.	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	нет	6188

Раздел 2. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономической экспертизы

2.1.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования	нет	тридцать процентов установленного тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемого в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленного территориальной программой на год	5501 (8526)
2.2.	Нарушение условий оказания скорой медицинской помощи, выразившееся в несоблюдении установленного программой обязательного медицинского страхования времени доезда бригады скорой медицинской помощи, при летальном исходе до приезда бригады скорой помощи	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	триста процентов установленного тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемого в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленного территориальной программой на год	5502 (8527)

2.7.	Представление в реестрах счетов повторных случаев госпитализации застрахованного лица по одному и тому же заболеванию с длительностью три дня и менее (за исключением случаев, связанных с патологией беременности и родами) в течение четырнадцати календарных дней при оказании медицинской помощи в указанный период в амбулаторных условиях (за исключением случаев, при которых стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией).	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	тридцать процентов установленного тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемого в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленного территориальной программой на год	5511 (8536)
2.8.	Необоснованное представление в реестрах счетов случаев оказания застрахованному лицу медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в период пребывания в условиях круглосуточного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях при экстренных и неотложных состояниях).	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	тридцать процентов установленного тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемого в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленного территориальной программой на год	5512 (8537)
2.9.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, входящую в базовую либо территориальную программу обязательного медицинского страхования, при оказании медицинской помощи в рамках базовой либо территориальной программы обязательного медицинского страхования.	нет	сто процентов установленного тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемого в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленного территориальной программой на год	5513 (8523)
2.10.	Приобретение пациентом или его представителем 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.	пятьдесят процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	пятьдесят процентов установленного тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемого в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленного территориальной программой на год	5514 (8524)
2.11.	Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.	нет	шестьдесят процентов установленного тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемого в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленного территориальной программой на год	5515 (8538)

2.12.	Непредставление медицинской документации, учетно-отчетной документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации, а также результатов внутреннего и внешнего контроля медицинской организации, безопасности оказания медицинской помощи без объективных причин в течение 10 рабочих дней после получения медицинской организацией соответствующего запроса от Федерального фонда обязательного медицинского страхования или территориального фонда обязательного медицинского страхования, или страховой медицинской организации, или специалиста-эксперта, эксперта качества медицинской помощи, действующего по их поручению.	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	нет	5516 (8539)
2.13.	Отсутствие в документации (несоблюдение требований к оформлению) информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях.	десять процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	нет	5517 (8540)
2.14.	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; расхождение сведений об оказании медицинской помощи в различных разделах медицинской документации и/или учетно-отчетной документации, запрошенной на проведение экспертизы).	пятьдесят процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	нет	5518 (8541)
2.15.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (в том числе, оказание медицинской помощи в период отпуска, обучения, командировок, выходных дней).	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	нет	5519 (8542)
2.16.	Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:			
2.16.1.	оплаченный случай оказания медицинской помощи не соответствует тарифу, установленному законодательством об обязательном медицинском страховании*;	десять процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	тридцать процентов от размера предъявленной к оплате стоимости оказанной медицинской помощи	5520 (8525)
2.16.2.	включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу;	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	сто процентов установленного тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемого в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленного территориальной программой на год	5521 (8543)
2.16.3.	некорректное (неполное) отражение в реестре счета сведений медицинской документации.	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	нет	5527 (8549)

2.17.	Отсутствие в карте стационарного больного протокола врачебной комиссии в случаях назначения застрахованному лицу лекарственного препарата, не входящего в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.	нет	тридцать процентов установленного тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемого в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленного территориальной программой на год	5522 (8544)
2.18.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной либо базовой программой обязательного медицинского страхования.	нет	тридцать процентов установленного тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемого в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленного территориальной программой на год	5523 (8545)

Раздел 3. Нарушения, выявляемые при проведении экспертизы качества медицинской помощи

3.1.	Установление неверного диагноза, связанное с невыполнением, несвоевременным или ненадлежащим выполнением необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, в том числе по результатам проведенного диспансерного наблюдения, с учетом рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:			
3.1.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	десять процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	нет	8550
3.1.2.	приведшее к удлинению или укорочению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	тридцать процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	нет	8551
3.1.3.	приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания;	сорок процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	тридцать процентов установленного тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемого в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленного территориальной программой на год	8552

3.1.4.	приведшее к инвалидизации;	девяносто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	сто процентов установленного тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемого в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленного территориальной программой на год	8553
3.1.5.	приведшее к летальному исходу (в том числе при наличии расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов);	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	триста процентов установленного тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемого в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленного территориальной программой на год	8554
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, в том числе по результатам проведенного диспансерного наблюдения, рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:			
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	десять процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	нет	8506
3.2.2.	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);	сорок процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	тридцать процентов установленного тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемого в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленного территориальной программой на год	8507
3.2.3.	приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	девяносто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	сто процентов установленного тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемого в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленного территориальной программой на год	8508

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 обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение четырнадцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, тридцати дней стационарно (повторная госпитализация).	тридцать процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	нет	8514
3.6.	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.	восемьдесят процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	сто процентов установленного тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемого в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленного на год, или подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленного территориальной программой на год	8515
3.7.	Госпитализация застрахованного лица в плановой или неотложной форме с нарушением требований к профильности оказанной медицинской помощи (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации в неотложной и экстренной форме с последующим переводом в профильные медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций) в течение суток или более, если перевод в течение суток невозможен с учетом тяжести состояния пациента и его транспортабельности.	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	тридцать процентов установленного тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемого в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленного на год, или подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленного территориальной программой на год	8516
3.8.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре, отсутствие пациента в медицинской организации на дату проверки.	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	тридцать процентов установленного тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемого в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленного на год, или подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленного территориальной программой на год	8517
3.9.	Необоснованное повторное посещение врача 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, в связи с выпиской лекарственных препаратов группам населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей бесплатно и с 50-процентной скидкой, наблюдения беременных женщин, посещений, связанных с выдачей справок и иных медицинских документов.	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	тридцать процентов установленного тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемого в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленного на год, или подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленного территориальной программой на год	8518

3.10.	Наличие расхождений клинического и патолого-анатомического диагнозов 2-3 категории, обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований (за исключением оказания медицинской помощи в экстренной форме).	девяносто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	пятьдесят процентов установленного тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемого в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленного территориальной программой на год	8555
3.11.	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.	пятьдесят процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	нет	8520
3.12.	Нарушение прав застрахованных лиц на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, базовой программы обязательного медицинского страхования; на выбор врача.	нет	тридцать процентов установленного тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемого в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленного территориальной программой на год	8521
3.13.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение лекарственных препаратов со схожим фармакологическим действием; нерациональная лекарственная терапия, в том числе несоответствие дозировок, кратности и длительности приема лекарственных препаратов с учетом клинических рекомендаций, связанные с риском для здоровья пациента.	пятьдесят процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, поданного на оплату медицинской организацией и действующего на дату оказания медицинской помощи	шестьдесят процентов установленного тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемого в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленного территориальной программой на год	8556
3.14.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, в том числе:			
3.14.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;	нет	сто процентов установленного тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемого в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленного территориальной программой на год	8557

3.14.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья;	нет	двести процентов установленного тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемого в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленного территориальной программой на год	8558
3.14.3.	приведший к летальному исходу.	нет	триста процентов установленного тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемого в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленного территориальной программой на год	8559
3.15.	Непроведение диспансерного наблюдения застрахованного лица (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения), включенного в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в указанный порядок исследований, в том числе:			
3.15.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;	нет	сто процентов установленного тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемого в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленного территориальной программой на год	8560
3.15.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения);	нет	двести процентов установленного тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемого в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленного территориальной программой на год	8561

3.15.3.	приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения).	нет	триста процентов установленного тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемого в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевого норматива финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленного территориальной программой на год	8562
---------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------

*В соответствии с пунктом 210 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.08.2025 № 496н, в случаях применения кода нарушения/дефекта 2.16.1, размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = (PT1) - PT2) + PT2 \times Kно,$$

где:

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

PT1 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный на оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

PT2 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, который следует применить за фактически предоставленную застрахованному лицу медицинскую помощь (в соответствии с данными медицинской и иной документации застрахованного лица, представленной на экспертизу);

Kно - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с Приложением № 8 к настоящим Правилам.