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

| № | Основания  | Размер неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи[[1]](#endnote-1)  | Размер штрафа[[2]](#endnote-2) |
| --- | --- | --- | --- |
| 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. | – | 30% размера РП  |
| 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). | – | 100% размера РП |
| 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. | 100 % размера тарифа | 30% размера РП  |
| 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; | 100 % размера тарифа | – |
| 1.4.2. | сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов; | 100 % размера тарифа | – |
| 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; | 100 % размера тарифа | – |
|
| 1.4.4. | некорректное заполнение полей реестра счетов; | 100 % размера тарифа | – |
| 1.4.5. | заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку); | 100 % размера тарифа | – |
| 1.4.6. | дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты; | 100 % размера тарифа | – |
| 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); | 100 % размера тарифа | – |
| 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, не входящих в программу обязательного медицинского страхования; | 100 % размера тарифа | – |
| 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; | 100 % размера тарифа  | – |
| 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; | 100 % размера тарифа  | – |
| 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 пенсионного и социального страхования, 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. | 100 % размера тарифа | – |
| 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, неустановленным в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании; | 100 % размера тарифа  | – |
| 1.7.2. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим установленным в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании. | 100 % размера тарифа  | – |
| 1.8. | Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных 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; | 100 % размера тарифа | – |
| 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; | 100 % размера тарифа | – |
| 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). | 100 % размера тарифа | – |
| 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. | 100 % размера тарифа | – |
| 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); | 100 % размера тарифа | – |
| 1.10.2. | дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре; | 100 % размера тарифа | – |
| 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; | 100 % размера тарифа | – |
| 1.10.4. | стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию. | 100 % размера тарифа | – |
| 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); | 100 % размера тарифа | – |
| 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. | 100 % размера тарифа | – |
| Раздел 2. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономической экспертизы |
| 2.1. | Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования; | – | 30% размера РП |
| 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. | 100 % размера тарифа – | 300% размера РП |
| 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). | 100 % размера тарифа | 30% размера РП |
| 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). | 100 % размера тарифа | 30% размера РП |
| 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. | – | 100 % размера РП |
| 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, с учетом стандартов медицинской помощи.  | 50 % размера тарифа | 50 % размера РП |
| 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. | – | 60 % размера РП |
| 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. | 100 % размера тарифа | – |
| 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. | 10 % размера тарифа | – |
| 2.14. | Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятий, клинической картине заболевания; расхождение сведений об оказании медицинской помощи в различных разделах медицинской документации и/или учетно-отчетной документации, запрошенной на проведение экспертизы)[[3]](#endnote-3). | 50 % размера тарифа | – |
| 2.15. | Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует табелю учета рабочего времени врача (в том числе, оказание медицинской помощи в период отпуска, обучения, командировок, выходных дней). | 100 % размера тарифа | – |
| 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;5 | 10 % размера тарифа | 30 % размера РП |
| 2.16.1. | оплаченный случай оказания медицинской помощи не соответствует тарифу, установленному законодательством об обязательном медицинском страховании;5 | 10% от размера тарифа (за законченный случай, основного или применяемого дополнительно к основному), который следует применить + разница тарифов (предъявленного к оплате и который следует применить) | 30% размера предъявленной к оплате стоимости оказанной медицинской помощи (размер тарифа за законченный случай, основного или применяемого дополнительно к основному) |
| 2.16.2. | включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу. | 100 % размера тарифа, необоснованно предъявленного к оплате (за законченный случай, основного или применяемого дополнительно к основному) | 100 % размера РП |
| 2.16.3. | некорректное (неполное) отражение в реестре счета сведений медицинской документации. | 100 % размера тарифа | – |
| 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. | – | 30 % размера РП |
| 2.18. | Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной либо базовой программой обязательного медицинского страхования. | – | 30 % размера РП |
| 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 и с учетом стандартов медицинской помощи, 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; | 10% размера тарифа  | – |
| 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; | 30% размера тарифа  | – |
| 3.1.3. | приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания[[4]](#endnote-4); | 40% размера тарифа  | 30 % размера РП |
| 3.1.4. | приведшее к инвалидизации; | 90% размера тарифа  | 100 % размера РП |
| 3.1.5. | приведшее к летальному исходу (в том числе при наличии расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов); | 100% размера тарифа  | 300 % размера РП |
| 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 и с учетом стандартов медицинской помощи, 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; | 10% размера тарифа  | – |
| 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); | 40% размера тарифа  | 30 % размера РП |
| 3.2.3. | приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях); | 90 % размера тарифа | 100 % размера РП |
| 3.2.4. | приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях); | 100 % размера тарифа  | 300 % размера РП |
| 3.2.5. | 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 невыполнении данных рекомендаций; | 90 % размера тарифа  | 100 % размера РП |
| 3.2.6. | по результатам проведенного диспансерного наблюдения | 90 % размера тарифа  | 100 % размера РП |
| 3.3. | Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий, приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания. | 50 % размера тарифа  | 60 % размера РП |
| 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). | 50 % размера тарифа  | 30 % размера РП |
| 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). | 30 % размера тарифа | – |
| 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. | 80 % размера тарифа  | 100 % размера РП |
| 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 течение суток в профильные медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций). | 100 % размера тарифа  | 30 % размера РП |
| 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. | 100 % размера тарифа  | 30 % размера РП |
| 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. | 100 % размера тарифа  | 30 % размера РП |
| 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). | 90 % размера тарифа  | 50 % размера РП |
| 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. | 50 % размера тарифа | – |
| 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. | – | 30 % размера РП |
| 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 стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций, связанные с риском для здоровья пациента. | 50 % размера тарифа  | 60 % размера РП |
| 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; | – | 100 % размера РП |
| 3.14.2. | с последующим ухудшением состояния здоровья; | – | 200 % размера РП |
| 3.14.3. | приведший к летальному исходу. | – | 300 % размера РП |
| 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; | – | 100 % размера РП |
| 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); | – | 200 % размера РП |
| 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). | – | 300 % размера РП |

1. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи рассчитывается в соответствии с п. 154 Правил обязательного медицинского страхования исходя из тарифа, предъявленного к оплате и действующего на дату оказания медицинской помощи.

В целях расчета санкций в виде размера неоплаты или неполной оплаты под размером тарифа на оплату медицинской помощи, действующим на дату оказания медицинской помощи, понимается:

1) при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара:

- стоимость законченного случая лечения (в случаях, когда тарифы за анестезиологические, реанимационные пособия и тарифы на отдельно оплачиваемые услуги дополнительно не предусмотрены);

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

2) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара - сумма, соответствующая размеру тарифа за законченный случай лечения, за врачебное посещение, за лабораторные и диагностические исследования, за обращение по поводу заболевания (законченный случай лечения).

3) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации:

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

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

4) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевым нормативам на прикрепившихся лиц, - сумма, соответствующая размеру тарифа за единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (Приложение № 12-у к ГТС на 2022 год). [↑](#endnote-ref-1)
2. 2 Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества рассчитывается в соответствии с п. 155 Правил обязательного медицинского страхования исходя из подушевого норматива финансирования медицинской помощи, установленного на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

В целях расчета размера штрафа применяются следующие подушевые нормативы (РП) в зависимости от условий оказания медицинской помощи:

1) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях - подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный СОГЛАШЕНИЕМ (средний размер финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования) – 8 151,25 руб.;

2) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации - подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный СОГЛАШЕНИЕМ (средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования) – 1 441,36 руб.;

3) при оказании медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара - подушевой норматив финансирования, установленный СОГЛАШЕНИЕМ в соответствии с Законом Санкт-Петербурга «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» от 14.12.2022 № 737-121 – 22 384,88 руб. [↑](#endnote-ref-2)
3. Санкции по п. 2.14 применяются при наличии фактов, подтверждающих искажение сведений, представленных в медицинской документации. [↑](#endnote-ref-3)
4. Санкции по п.п. 3.1.3, 3.2.2, 3.3 применяются при ухудшении состояния, возникновении нового заболевания у застрахованного лица.

5 \* - Санкции по п. 2.16.1 применяются в следующем порядке:

страховая медицинская организация (ТФОМС Санкт-Петербурга) осуществляет оплату медицинской помощи (удерживает сумму, не подлежащую оплате, из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи) с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить, применяет санкции к медицинской организации в виде неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи в размере 10% от тарифа (за законченный случай, основного или применяемого дополнительно к основному), который следует применить, и в виде штрафа в размере 30% от размера РП. [↑](#endnote-ref-4)