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

1. РП - размер подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с [порядком](consultantplus://offline/ref=5AF4731B4C5D4F46AE72F69836775142DE9DCBAC628F332476BC06E3B63FC166469531BE914AD8A866EE2741F82FA73BB3C9E3A57114574F4DC7H) организации и проведения контроля, который в соответствии с п.149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н, вступающим в силу 28.05.2019, применяется в зависимости от условий оказания медицинской помощи:

1) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

РП=РПА базовый - подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации (средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге, в расчете на одно застрахованное лицо) на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с [порядком](consultantplus://offline/ref=4C537F4335C171CDFB1289EEC5DB60F153FCE64A79B9857C9FB1B3A3E8831888947FCA8F5CCAF7D0790EFB427D4B82A55A566D20E0D9688Bs9EDK) организации и проведения контроля;

2) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации:

РП=РПСМП базовый - подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации (средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге, в расчете на одно застрахованное лицо) на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

3) при оказании медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара:

РП=РПСТ - подушевой норматив финансирования, установленный в соответствии с территориальной программой на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля.

2. Размер тарифа - в целях применения санкций в виде размера неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи под размером тарифа на оплату медицинской помощи, действующим на дату оказания медицинской помощи, понимается:

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

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

- 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.

2.2. 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).

2.3. 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.

2.4. 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/подушевому (расширенному) нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (Приложение № 12-у к ГТС на 2020 год).

| № | Основания для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) | Размер неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи  **См. Примечание 1** | Размер штрафа  **См. Примечание 1** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц | | |
| 1.1. | Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе: | | |
| 1.1.1. | на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования; | – | 30 % размера РП |
| 1.1.2. | на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации; | – | 30 % размера РП |
| 1.1.3. | нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, времени доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме, несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения. | – | 30 % размера РП |
| 1.1.4. | 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. | – | – |
| 1.2. | Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, в том числе: | | |
| 1.2.1. | не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания; | – | 100 % размера РП |
| 1.2.2. | повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания; | – | 300 % размера РП |
| 1.3. | Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, в том числе: | | |
| 1.3.1. | не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания; | – | 100 % размера РП |
| 1.3.2. | повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке). | – | 300 % размера РП |
| 1.4. | Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования. | 100 % размера тарифа | 100 % размера РП |
| 1.5. | Приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, в период оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов[[1]](#footnote-1), и(или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека[[2]](#footnote-2), на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи. | 50 % размера тарифа | 50 % размера РП |
|  | Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения | | |
| 2.1. | Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет. | – | 100 % размера РП |
| 2.2. | Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации: | | |
| 2.2.1. | о режиме работы медицинской организации; | – | 30 % размера РП |
| 2.2.2. | об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – территориальная программа), в том числе о сроках ожидания медицинской помощи; | – | 30 % размера РП |
| 2.2.3. | о видах оказываемой медицинской помощи; | – | 30 % размера РП |
| 2.2.4. | о критериях доступности и качества медицинской помощи; | – | 30 % размера РП |
| 2.2.5. | о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов; | – | 30 % размера РП |
| 2.2.6. | о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой[[3]](#footnote-3). | – | 30 % размера РП |
| 2.3. | Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях. | – | 100 % размера РП |
| 2.4. | Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации: | | |
| 2.4.1. | о режиме работы медицинской организации; | – | 30 % размера РП |
| 2.4.2. | об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи; | – | 30 % размера РП |
| 2.4.3. | о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации; | – | 30 % размера РП |
| 2.4.4. | о критериях доступности и качества медицинской помощи; | – | 30 % размера РП |
| 2.4.5. | о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов; | – | 30 % размера РП |
| 2.4.6. | о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой. | – | 30 % размера РП |
|  | Раздел 3. Нарушения при оказании медицинской помощи | | |
| 3.1. | Случаи нарушения врачебной этики и деонтологии медицинскими работниками (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц). | 10% размера тарифа | 100 % 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 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 удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях[[4]](#footnote-4)); | 30 % размера тарифа | – |
| 3.2.3. | приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);  См. Примечание 2 | 40 % размера тарифа | – |
| 3.2.4. | приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях); | 90 % размера тарифа | 100% размера РП |
| 3.2.5. | 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 |
| 3.2.6. | рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении указанными центрами консультаций / консилиумов с применением консультаций с применением телемедицинских технологий, при необоснованном невыполнении данных рекомендаций | – | – |
| 3.3. | Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий: | | |
| 3.3.1. | приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях).  См. Примечание 2 | – | – |
| 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 | – |
| 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 тридцати дней со дня окончания медицинской помощи амбулаторно, стационарно (повторная госпитализация); повторный вызов скорой медицинской помощи в течение двадцати четырех часов от момента предшествующего вызова. | 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 лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица. | 80% размера тарифа | 100 % размера РП |
| 3.7. | Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре. | 70 % размера тарифа | 30% размера РП |
| 3.8. | Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям. | 60 % размера тарифа | – |
| 3.9. | 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. | – | – |
| 3.10. | Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение аналогичных лекарственных препаратов, связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию оказания медицинской помощи. | 30% размера тарифа | – |
| 3.11. | Невыполнение по вине медицинской организации патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством[[5]](#footnote-5). | – | – |
| 3.12. | Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории вследствие нарушений при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи. | 90% размера тарифа | 100% размера РП |
|  | Раздел 4. Дефекты оформления медицинской документации в медицинской организации | | |
| 4.1. | Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин. | 100 % размера тарифа | 100% размера РП |
| 4.2. | 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. | 10 % размера тарифа | – |
| 4.3. | Отсутствие в документации информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство[[6]](#footnote-6) или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях. | 10 % размера тарифа | – |
| 4.4. | Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление истории болезни с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).  См. Примечание 3 | 50 % размера тарифа | – |
| 4.5. | Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует табелю учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.). | 100 % размера тарифа | – |
| 4.6. | Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов, в том числе: | | |
| 4.6.1. | Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы. | сумма, на которую тариф, предъявленный к оплате, превышает тариф, который следует предъявить к оплате | 30% размера РП  **См. Примечание 1** |
| 4.6.2. | Включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу. | 100 % размера тарифа | 100% размера РП |
|  | Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов | | |
| 5.1. | Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе: | | |
| 5.1.1. | наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета; | 100 % размера тарифа | – |
| 5.1.2. | сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов; | 100 % размера тарифа | – |
| 5.1.3. | наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению, в том числе отсутствие указаний о включении в группу диспансерного наблюдения лица, которому установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение;  См. Примечание 4 | 100 % размера тарифа | – |
| 5.1.4. | некорректное заполнение полей реестра счетов;  См. Примечание 5 | 100 % размера тарифа | – |
| 5.1.5. | заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку); | 100 % размера тарифа | – |
| 5.1.6. | дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты. | 100 % размера тарифа | – |
| 5.2. | Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации, в том числе: | | |
| 5.2.1. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией; | 100 % размера тарифа | – |
| 5.2.2. | введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса ОМС, адресе и т.д.); | 100 % размера тарифа | – |
| 5.2.3. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившего полис ОМС на территории другого субъекта РФ; | 100 % размера тарифа | – |
| 5.2.4. | наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах; | 100 % размера тарифа | – |
| 5.2.5. | включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории РФ. | 100 % размера тарифа | – |
| 5.3. | Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС, в том числе: | | |
| 5.3.1. | Включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в Территориальную программу ОМС; | 100 % размера тарифа | – |
| 5.3.2. | Предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС; | 100 % размера тарифа | – |
| 5.3.3. | Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования). | 100 % размера тарифа | – |
| 5.4. | Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе: | | |
| 5.4.1. | Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении; | 100 % размера тарифа | – |
| 5.4.2. | Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении. | 100 % размера тарифа | – |
| 5.5. | Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности, в том числе: | | |
| 5.5.1. | Включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации; | 100 % размера тарифа | – |
| 5.5.2. | Предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности; | 100 % размера тарифа | – |
| 5.5.3. | Предоставление на оплату реестров счетов в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов). | 100 % размера тарифа | – |
| 5.6. | Включение в реестр счетов страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи. | 100 % размера тарифа | – |
| 5.7. | Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе: | | |
| 5.7.1. | Позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее); | 100 % размера тарифа | – |
| 5.7.2. | Дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре; | 100 % размера тарифа | – |
| 5.7.3. | Стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией; | 100 % размера тарифа | – |
| 5.7.4. | Стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное в системе ОМС. | 100 % размера тарифа | – |
| 5.7.5. | Включение в реестр счетов медицинской помощи:  – амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара, дневного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, дневного стационара, а также консультаций в других медицинских организациях);  – дней лечения застрахованного лица в условиях дневного стационара в период пребывания пациента в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях). | 100 % размера тарифа | – |
| 5.7.6. | Включение в реестр счетов нескольких страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана стационарно в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения. | 100 % размера тарифа | – |
| 5.8. | Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом. | 100 % размера тарифа |  |

Примечания

1. Неоплата, неполная оплата затрат на оказание медицинской помощи и штраф в соответствии с данным Приложением применяются согласно актам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, датированным с 29.06.2019, по отношению к случаям оказания медицинской помощи с датой начала лечения с 28.05.2019.

В остальных случаях применяется Приложение № 20 к ГТС на 2020 год.

2. Санкции по п.п. 3.2.3. применяются при ухудшении состояния, возникновении нового заболевания у застрахованного лица.

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

4. Санкции по п. 5.1.3 применяются, в том числе, при наличии незаполненных полей электронного реестра, обязательных к заполнению, содержащих сведения об оказанной застрахованным лицам медицинской помощи, состав которых предусмотрен Приложением Д к приказу ФОМС от 07.04.2011 №79 «Об утверждении общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».

5. Санкции по п. 5.1.4 применяются, в том числе, при некорректном заполнении полей электронного реестра, содержащих сведения об оказанной застрахованным лицам медицинской помощи, состав которых предусмотрен Приложением Д к приказу ФОМС от 07.04.2011 №79 «Об утверждении общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».

1. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 12 октября 2019 г. № 2406‑р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, № 42 (часть III), ст.5979). [↑](#footnote-ref-1)
2. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2018 г. № 3053‑р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, № 2, ст.196). [↑](#footnote-ref-2)
3. В соответствии с пунктом 5 части 2 статьи 81 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323‑ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст.6724; 2013, № 48, ст.6165; 2014, № 49, ст.6927). [↑](#footnote-ref-3)
4. В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323‑ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст.6724; 2017, № 31, ст.4791; 2013, № 48, ст.6165; 2019, № 10, ст.888). [↑](#footnote-ref-4)
5. В соответствии со статьей 67 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323‑ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст.6724). [↑](#footnote-ref-5)
6. В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323‑ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст.6724; 2017, № 31, ст.4791; 2013, № 48, ст.6165; 2019, № 10, ст.888). [↑](#footnote-ref-6)