

**Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи, в том числе скорой медицинской помощи,
(уменьшения оплаты медицинской помощи) в сфере обязательного медицинского страхования, а также уплаты медицинской организацией
штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества**

№ п/п	Наименование основания	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения	Размер штрафа
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, в соответствии с заявлением застрахованного лица	-	двадцать пять процентов размера подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования*
1.1.2.	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации	-	двадцать пять процентов размера подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
1.1.3.	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке	-	двадцать пять процентов размера подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
1.1.4.	увеличение сроков ожидания скорой медицинской помощи от 50 до 100 процентов от среднесложившегося срока ожидания для всех застрахованных лиц области в предыдущем году:	1.1.4.1. - не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания	
		-	пять процентов размера подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования

		1.1.4.2. - повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риска возникновения нового заболевания	
		-	пятьдесят процентов размера подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
1.1.5.	увеличение сроков ожидания скорой медицинской помощи более 100 процентов от среднесложившегося срока ожидания для всех застрахованных лиц области в предыдущем году:	1.1.5.1. - не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания	
		-	десять процентов размера подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
		1.1.5.2. - повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риска возникновения нового заболевания	
		пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи**	сто процентов размера подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
1.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи) в соответствии с территориальной программой ОМС:	1.2.1. - необоснованный отказ в оказании медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи) застрахованному лицу (устанавливается по обращениям застрахованных лиц или их представителей), не повлекший причинение вреда здоровью, не создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания	
		-	двадцать пять процентов размера подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
		1.2.2. - необоснованный отказ в оказании медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи) застрахованному лицу (устанавливается по обращениям застрахованных лиц или их представителей), повлекший причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания	

		-	сто процентов размера подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
		1.2.3. - необоснованный отказ в оказании скорой медицинской помощи застрахованному лицу (устанавливается по обращениям их представителей), приведшие к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	
		-	двести процентов размера подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
1.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи (либо скорой 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:	1.3.1. - не повлекший причинение вреда здоровью, не создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания либо возникновения нового заболевания	
		-	двадцать пять процентов размера подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
		1.3.2. - повлекший причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания	
		-	сто процентов размера подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
		1.3.3. - необоснованный отказ в оказании скорой медицинской помощи застрахованному лицу, приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	
		-	двести процентов размера подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц (в рамках	десять процентов стоимости за	сто процентов возврат средств,

	добровольного медицинского страхования или в виде оказания платных услуг) за оказанную медицинскую помощь (либо скорую медицинскую помощь), предусмотренную территориальной (базовой) программой обязательного медицинского страхования	каждый случай оказания медицинской помощи + возврат медицинской организацией застрахованному лицу денежных средств в полном объеме по выставленной претензии	необоснованно затраченных застрахованным лицом
1.5.	Приобретение застрахованным лицом в период пребывания в стационаре по назначению врача лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, включенных в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, формуляр лечения стационарного больного, согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи	десять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи + возврат медицинской организацией застрахованному лицу денежных средств в полном объеме по выставленной претензии	сто процентов возврат средств, необоснованно затраченных застрахованным лицом
Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованных лиц			
2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет.	-	пять процентов размера подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
2.2.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации:		
2.2.1	о режиме работы медицинской организации	-	пять процентов размера подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
2.2.2	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи)	-	пять процентов размера подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
2.2.3	о видах оказываемой медицинской помощи	-	пять процентов размера подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования

2.2.4	о показателях доступности и качества медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи)	-	пять процентов размера подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
2.2.5	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно	-	пять процентов размера подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
2.2.6	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен	-	пять процентов размера подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
2.3.	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях.	-	пять процентов размера подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
2.4.	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:		
2.4.1	о режиме работы медицинской организации	-	пять процентов размера подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
2.4.2	об условия оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи	-	пять процентов размера подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
2.4.3	о видах оказываемой медицинской помощи в данной	-	пять процентов размера подушевого

	медицинской организации		норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
2.4.4	о показателях доступности и качества медицинской помощи	-	пять процентов размера подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
2.4.5	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно	-	пять процентов размера подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
2.4.6	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен	-	пять процентов размера подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
Раздел 3. Дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи)			
3.1.	Доказанные в установленном порядке:	3.1.1. - случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц)	
		-	двадцать пять процентов размера подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
		3.1.2. - разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, установленное по обращению застрахованного лица путем проведения административного расследования администрацией медицинской организацией или мер, принятых компетентными органами	
-	пятьдесят процентов размера подушевого норматива финансирования		

			территориальной программы обязательного медицинского страхования
		3.1.3. - несоблюдение врачебной тайны, в том числе конфиденциальности персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, установленное компетентными органами по обращению застрахованного лица	
		-	пятьдесят процентов размера подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи (в том числе скорой медицинской помощи):	3.2.1. - не повлиявшие на состояние здоровья застрахованного лица	
		- пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи)	-
		- сто процентов стоимости за каждый случай проведения комплексного обследования в Центре здоровья, профилактического осмотра и диспансеризации, не являющийся законченным в соответствии с Тарифным соглашением	
		3.2.2. - приведшие к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) отсутствия письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях)	
		десять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
		3.2.3. - приведшие к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшие риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	
		двадцать пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи (либо скорой	-

		медицинской помощи)	
		3.2.4. - приведшие к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	
		сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	пятьдесят процентов размера подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
		3.2.5. - приведшие к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	
		сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи)	сто процентов размера подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий:	3.3.1. - приведшие к увеличению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица	
		пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи)	-
		3.3.2. - приведшие к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо риску прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	
		двадцать пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи)	-
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).	3.4.1. - не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица	
		пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи)	-
		3.4.2. - приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания либо создавшее риск	

		возникновения нового заболевания, либо приведшее к летальному исходу (за исключением оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения)	
		пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи)	-
3.5.	Отсутствие положительной динамики в состоянии здоровья застрахованного лица при первичном обращении за медицинской помощью (за исключением случаев этапного лечения):	3.5.1. - повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения и 90 дней со дня завершения лечения в стационаре вследствие отсутствия положительной динамики в состоянии здоровья, подтвержденное проведенной целевой или плановой экспертизой (за исключением случаев этапного лечения)	
		десять процентов стоимости за каждый случай первичного и повторного оказания медицинской помощи	-
		3.5.2. - повторное обоснованное обращение застрахованного лица за оказанием скорой медицинской помощи по поводу того же заболевания в течение 24 часов	
		десять процентов стоимости за каждый случай первичного и повторного оказания медицинской помощи	-
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	двадцать пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи и в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	-
3.7.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация),	3.7.1. - необоснованная госпитализация в дневной стационар (медицинская помощь могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторных условиях)	

	медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара:	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	пятнадцать процентов размера подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
		3.7.2. - необоснованная госпитализация в круглосуточный стационар (медицинская помощь могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара)	
		сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	пятьдесят процентов размера подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
3.8.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
3.9.	Необоснованное удлинение сроков лечения по вине медицинской организации, а также увеличение количества медицинских услуг, посещений, койко-дней, не связанное с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в рамках стандартов медицинской помощи.	десять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, приведший к удлинению сроков лечения, увеличению количества посещений	-
3.10.	Повторное посещения врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях.	сто процентов стоимости каждого случая, предъявленного к оплате повторно	-
3.11.	Действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания).	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи)	сто процентов размера подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования, возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего

			заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания
3.12.	Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств – синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п.:	3.12.1. - приведшее к удорожанию лечения без развития осложнений для здоровья пациента	
		пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи)	-
		3.12.2. - приведшее к удорожанию лечения, развитию осложнений и/или ухудшению состояния здоровья пациента	
		двадцать пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
3.13.	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.	-	двадцать пять процентов размера подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
3.14.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории (за исключением досуточной летальности).	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
3.14.1	Наличие расхождений диагноза основного заболевания (травмы) скорой медицинской помощи и клинического диагноза, установленного в приемном отделении медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую на госпитальном этапе.	двадцать пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
3.15.	Некачественное выполнение стоматологических манипуляций, приведших к повторному обращению к стоматологу в период действия гарантированного срока (6 месяцев) на сохранность пломбы.	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
3.16.	Отсутствие динамического наблюдения за больным в процессе лечения:	3.16.1. - не приведшее к ухудшению состояния здоровья или развитию осложнений	
		пять процентов стоимости за	-

		каждый случай оказания медицинской помощи	
		3.16.2. - приведшее к ухудшению состояния или развитию осложнений	
		двадцать пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации			
4.1.	Непредоставление первичной медицинской документации (включая медицинскую карту амбулаторного больного, медицинскую карту стационарного больного, историю родов, карту вызова скорой медицинской помощи), подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи) в медицинской организации без объективных причин.	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи)	при оказании скорой медицинской помощи и медицинской помощи в амбулаторных условиях – десять процентов, в условиях дневного стационара – двадцать пять процентов, в условиях стационара – пятьдесят процентов размера подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
4.2.	Дефекты оформления первичной медицинской документации, обеспечивающие проведение медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объема, характера и условий предоставления медицинской помощи, либо скорой медицинской помощи).	пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи)	-
4.3.	Отсутствие в первичной медицинской документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение в установленных законодательством Российской Федерации случаях.	пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
4.4.	Наличие признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление, с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и/или	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи)	при оказании скорой медицинской помощи и медицинской помощи в амбулаторных условиях – десять процентов, в условиях дневного стационара – двадцать пять

	лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).		процентов, в условиях стационара – пятьдесят процентов размера подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
4.5.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:		
4.6.1.	включение в счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов посещений, койко-дней и др., не подтвержденных первичной медицинской документацией	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
4.6.2.	несоответствия сроков лечения застрахованного лица в первичной медицинской документации срокам, указанным в реестре счетов	двадцать пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, не подтвержденный первичной медицинской документацией	-
4.6.3.	включение в реестр счетов на оплату амбулаторно-поликлинической помощи (в том числе стоматологических услуг) непоказанной или неподтвержденной первичной медицинской документацией	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской услуги	-
4.6.4.	несоответствия диагноза, согласно первичной медицинской документации, застрахованного лица диагнозу, указанному в реестре счета	пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи)	-
4.7.	Необоснованный отказ администрации медицинской организации в проведении медико-экономической экспертизы, экспертизы качества оказания медицинской	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-

	помощи.		
4.8.	Отсутствие в первичной медицинской документации при плановой госпитализации направления, оформленного в установленном порядке.	пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
Раздел 5. Надлежащее оформление и предъявление на оплату счетов и реестров счетов			
5.1.	Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:		
5.1.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи)	-
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи)	-
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи)	-
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи)	-
5.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи)	-
5.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи)	-
5.1.7.	несоответствие кода услуги диагнозу, полу, возрасту, профилю отделения.	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи)	-

		помощи)	
5.2.	Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации:		
5.2.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи)	-
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.);	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи)	-
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи) застрахованному лицу, получившему полис обязательного медицинского страхования на территории другого субъекта РФ;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи)	-
5.2.4.	наличие в реестре счетов неактуальных данных о застрахованных лицах;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.2.5.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи) гражданам, не подлежащим обязательному медицинскому страхованию на территории РФ.	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи)	-
5.3.	Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС:		
5.3.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи), не входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи)	-
5.3.2.	предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы;	на основании решения Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Амурской области	-
5.3.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников (лечение тяжелых несчастных случаев на	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-

	производстве, оплачиваемое Фондом социального страхования).		
5.4.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь:		
5.4.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи (в том числе скорой медицинской помощи), отсутствующим в тарифном соглашении;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи)	-
5.4.2.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи (в том числе скорой медицинской помощи), не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении	-сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи) (по результатам МЭК); -сумма превышения стоимости оказанной медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи) (по результатам МЭЭ и ЭКМП)	-
5.5.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности:		
5.5.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в лицензии медицинской организации;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.5.2.	представления реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.5.3.	представления 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).	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.6.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи (либо скорой	-

	профилю оказания медицинской помощи.	медицинской помощи)	
5.7.	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи (в том числе скорой медицинской помощи):		
5.7.1.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи)	-
5.7.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи (в том числе скорой медицинской помощи) в одном реестре;	сто процентов стоимости каждого случая оказания медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи), предъявленного к оплате повторно	-
5.7.3.	стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенных в реестр счетов необоснованно	-
5.7.4.	включение стоимости медицинской услуги, вошедшей в подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи на прикрепленных застрахованных лиц;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.7.5.	включения в реестр счетов медицинской помощи: - амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, оказания стоматологической помощи и проведения процедур гемодиализа); - пациенто - дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационар (кроме дня поступления и выписки из стационара, оказания стоматологической помощи)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр необоснованно	-
5.7.6	включение нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты, с пересечением или совпадением сроков	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный	-

	лечения	в реестр необоснованно	
--	---------	------------------------	--

* - подушевой норматив финансирования Территориальной программы за счет средств обязательного медицинского страхования определен Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Амурской области медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов, утвержденной постановлением Правительства Амурской области от 23.12.2013 № 756.

** - при способе оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования:

- стоимость каждого случая оказания медицинской помощи при проведении МЭЭ и ЭКМП определяется по действующим тарифам на оплату медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи);

- финансовые санкции, определенные Разделом 5. «Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов» Перечня, при проведении МЭК не применяются за исключением п. 5.3.3.