

Приложение № 24а  
к Тарифному соглашению в сфере  
обязательного медицинского страхования  
Республики Крым на 2015 г.  
от « 24 » декабря 2014г.

**Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), размеров и условий применения финансовых санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории республики Крым**

№ п/п	Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Последствия неисполнения обязательств		Условия применения
		Сумма, не подлежащая оплате, уменьшение оплаты, возмещения	Размер штрафа	
<b>Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц</b>				
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;		десять процентов подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС* (далее – Программа ОМС) в расчете на одно застрахованное лицо в год (826 рублей 07 копеек)	Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор МО осуществляется по направлению лечащего врача. В случае, если в реализации территориальной Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (далее – Программа) принимают участие несколько МО, оказывающих МП по соответствующему профилю, лечащий врач обязан проинформировать гражданина о возможности выбора МО с учетом выполнения условий оказания МП, установленных Программой. В целях исключения конфликтных ситуаций рекомендуется фиксировать в первичной медицинской документации информацию о праве/возможности застрахованного лица выбора МО из перечня МО, оказывающих МП по соответствующему профилю. По экстренным показаниям прием гражданина осуществляется без предварительной записи, вне очереди, независимо от прикрепления застрахованного лица к МО.
1.1.2	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации (касается только ПМСП)		десять процентов подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (826 рублей 07 копеек)	Согласие или несогласие врача должно быть зафиксировано на заявлении застрахованного лица.

1.1.3.	<p>нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке.</p> <p>В соответствии с территориальной программой (во время проверки или по жалобе пациента)</p>		<p>десять процентов подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС за нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, не создавшем риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавшем риска возникновения нового заболевания (826 рублей 07 копеек).</p>	<p>Сроки ожидания плановой медицинской помощи определены Программой.</p> <p>При направлении пациента на консультативный прием врачей-специалистов в республиканские консультативные поликлиники, диспансеры и центры врач-терапевт, врач-терапевт участковый, врач-педиатр, врач-педиатр участковый, врач общей практики (семейный врач), другие врачи-специалисты обязаны проинформировать застрахованное лицо путем внесения записи в амбулаторную карту о необходимости повторного приема после полученной консультации у внешнего консультанта, в том числе и для получения направления на дополнительное обследование, госпитализацию. Отсутствие такой записи в первичной медицинской документации и оплата застрахованным лицом дальнейших диагностических услуг расценивается страховой медицинской организацией (далее-СМО) и Территориальным фондом ОМС Республики Крым как нарушение условий оказания медицинской помощи с применением финансовых к МО</p>
1.2	<p>Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, в том числе:</p>			

1.2.1	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;			<ul style="list-style-type: none"> <li>двадцать пять процентов подушевого норматива финансирования за счёт средств ОМС (2065 рублей 02 копейки)</li> </ul> Необоснованным отказом в оказании медицинской помощи будет считаться отказ в предоставлении медицинской помощи в случаях: -необходимости в экстренной помощи -обращении за медицинской помощью по месту прикрепления
1.2.2	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания;	Возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания (выплата происходит за счет МО после проведения ЭКМП)	сто пятьдесят процентов подушевого норматива финансирования за счёт средств ОМС	
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 причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;		двадцать пять процентов подушевого норматива финансирования за счёт средств ОМС (2065 рублей 02 копейки)	Необоснованным отказом в оказании медицинской помощи будет считаться отказ в оказании медицинской помощи иногородним застрахованным лицам при наступлении страхового случая (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия)

1.3.2	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания.	Возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	сто пятьдесят процентов подушевого норматива финансирования за счёт средств ОМС (12390 рублей 11 копеек).	
1.4	Взимание платы с застрахованных лиц (в рамках добровольного медицинского страхования или в виде оказания платных услуг) за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.	возвращение медицинской организацией средств, необоснованно затраченных застрахованным лицом в размере 100% (сто процентов) на основании результатов МЭЭ и ЭКМП, проведенных СМО или ТФОМС Республики Крым	двадцать процентов средств, необоснованно затраченных застрахованным лицом на медицинскую помощь	При невозможности оказания медицинской услуги в установленные нормативными документами сроки, врач обязан проинформировать пациента о возможности бесплатного получения медицинской услуги в иных МО и выдать направление установленной формы. Запись о выданном направлении вносится в первичную медицинскую документацию. Средства застрахованного лица, затраченные на проведение исследований, выполненных без назначения лечащего врача, возврату не подлежат.
1.5	Приобретение пациентом лекарственных средств и изделий медицинского назначения в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в "Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств", "Формуляр лечения стационарного больного", согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи.	сто процентов средств, необоснованно затраченным застрахованным лицом на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения, с целью возврата застрахованному лицу	десять процентов средств, необоснованно затраченных застрахованным лицом на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения	Финансовые санкции не применяются в случае приобретения застрахованным лицом лекарственных средств, назначения которых лечащим врачом не производилось.

**Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения \*\***

2.1	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет.		Один процент подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (82 рубля 60 копеек).	При выявлении дефектов по разделу 2 одной из СМО, другая СМО, выявившая недостатки по этой же группе кодов, не имеет право применять финансовые санкции до истечения срока исполнения предписания по устранению выявленных дефектов, выданного СМО, ранее проводившей проверку.
2.2	<b>Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации</b>			
2.2.1	о режиме работы медицинской организации;		один процент подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (82 рубля 60 копеек).	
2.2.2	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;		один процент подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (82 рубля 60 копеек).	
2.2.3	о видах оказываемой медицинской помощи;		один процент подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (82 рубля 60 копеек).	
2.2.4	о показателях доступности и качества медицинской помощи;		один процент подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (82 рубля 60 копеек).	

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;		один процент подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (826 рублей 07 копеек)	
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.		один процент подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (826 рублей 07 копеек)	
2.3	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях		десять процентов подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (826 рублей 07 копеек)	
2.4	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:			
2.4.1	о режиме работы медицинской организации;		десять процентов подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (826 рублей 07 копеек)	

2.4.2	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;		десять процентов подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (826 рублей 07 копеек)	В соответствии с Программой
2.4.3	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;		десять процентов подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (826 рублей 07 копеек)	В соответствии с Программой
2.4.4	о показателях доступности и качества медицинской помощи;		десять процентов подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (826 рублей 07 копеек)	
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;		десять процентов подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (826 рублей 07 копеек)	
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.		десять процентов подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (826 рублей 07 копеек)	

**Раздел 3. Дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи**

3.1	Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).		пятьдесят процентов подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (4130 рублей 04 копейки)	
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:			При отсутствии федерального порядка и (или) стандарта оценку оказанной МП проводить в соответствии с региональными порядками и (или) стандартами, клиническими протоколами ведения больных, медико-экономическими стандартами и т.д.
3.2.1**	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	один процент стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		
3.2.2	приведших 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 сверх установленных сроков оказания медицинской помощи		
3.2.3	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);	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 имеющегося заболевания, его		

		осложнения, возникновения нового заболевания		
3.2.4	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);	пятьдесят 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	двадцать пять процентов подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (2065 рублей 02 копейки)	
3.2.5	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	сто процентов норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год (8260рублей 70 копеек)	
3.3	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий:			

3.3.1	<p>приведших к удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица;</p>	<p>пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи сверх установленных сроков оказания медицинской помощи</p>		
3.3.2	<p>приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).</p>	<p>двадцать пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания</p>		
3.4	<p>Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).</p>	<p>пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи</p>		
3.5	<p>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</p>	<p>десять процентов стоимости за каждый случай первичного и повторного оказания медицинской помощи .</p>		<p>Данная мера ответственности применяется при условии выявления дефектов медицинской помощи, установленных Разделом 3 Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденного приказом</p>

	<p>плановой экспертизой (за исключением случаев этапного лечения).</p>			<p>ФОМС от 01.12.2010 № 230, в результате ЭКМП случаев первичного оказания медицинской помощи. Удержанию подлежит: 1. Десять процентов стоимости за каждый случай первичного и повторного оказания медицинской помощи в случае оказания помощи в одной и той же МО. 2. Десять процентов стоимости за случай первичного оказания медицинской помощи в случае повторного оказания помощи в другой МО.</p>
3.6	<p>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.</p>	<p>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</p>		<p>Возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания производится путем уменьшения финансирования МО, допустившей дефект медицинской помощи в размере тарифа МО, оказавшей помощь в системе ОМС. В случае лечения в МО, не включенных в реестр МО, участвующих в реализации Программы ОМС, компенсация расходов застрахованному лицу производится в соответствии с действующим законодательством.</p>

3.7	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара.	десять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		Применяется: - к МО, проводившей отбор на долечивание (реабилитацию) в условиях санатория, при наличии противопоказаний; - к МО, оказавшей медицинскую помощь по долечиванию (реабилитации), при наличии противопоказаний.
3.8	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.	десять 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 сверх установленных сроков оказания медицинской помощи (для стационаров). Пятьдесят процентов для амбулаторно-поликлинической помощи и для помощи в условиях дневного стационара		

3.10	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях.	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.	пятьдесят процентов подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (4130 рублей 04 копейки), возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	В спорных случаях, когда мнения эксперта качества медицинской помощи СМО и представителей МО не совпадают, материалы передаются в Фонд для проведения реэкспертизы. Окончательное заключение о развившемся ятрогенном заболевании и возможности применения финансовых санкций принимается на основании акта реэкспертизы и заключения главного специалиста министерства здравоохранения республики Крым по соответствующему профилю.
3.12	Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств - синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения.	двадцать пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		Назначение лекарственной терапии осуществляется в соответствии с приказом МЗСР от 12.02.2007 №110 (ред. от 20.01.2011 № 13н).
3.13	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.		пятьдесят процентов подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (4130 рублей 04 копейки)	
3.14	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории.	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания	пятьдесят процентов подушевого норматива финансирования за счет	Штраф применяется только при наличии расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 3

		<p>медицинской помощи (при расхождении 3 категории). двадцать пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи (при расхождении 2 категории). пятнадцать процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи (при расхождении 2 категории по причине неправильного оформления диагнозов).</p>	<p>средств ОМС (4130 рублей 04 копейки)</p>	<p>категории.</p>
<p><b>Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации</b></p>				
4.1	<p>Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.</p>	<p>сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи</p>	<p>двадцать пять процентов подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (2065 рублей 02 копейки)</p>	<p>Штрафные санкции применяются СМО и Фондом в случае отсутствия письменного обоснованного отказа МО в предоставлении первичной медицинской документации в сроки, установленные для предоставления медицинской документации по запросу СМО или Фонда</p>
4.2	<p>Дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи).</p>	<p>десять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи</p>		

4.3	Отсутствие в первичной 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.	Десять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		
4.4	1. Наличие признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", 2. Полное переоформление истории болезни, с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	1. Десять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи 2. Пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи.	пятьдесят процентов подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС на одно застрахованное лицо в год (4130 рублей 04 копейки)	
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	.	Удержание производится при оказании всех видов помощи, за исключением случаев оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу. При удержании стоимости случая оказания медицинской помощи штраф не применяется. В случаях оплаты медицинской помощи по подушевому

				нормативу при включении в счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов посещений, не подтвержденных первичной медицинской документацией, применяется штраф в размере ста рублей. В случаях выявления исключительно несоответствия персональных данных застрахованного лица записям в первичной медицинской документации применяется только штраф в соответствии с видом медицинской помощи.
4.6.2	несоответствие сроков лечения, согласно первичной медицинской документации, застрахованного лица срокам, указанным в реестре счета;	Сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, не подтвержденный первичной медицинской документацией		

**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;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания 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		
5.1.3	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		
5.1.4	некорректное заполнение полей реестра счетов;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания 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		
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		
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		
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		
5.2.3****	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис ОМС на территории другого субъекта РФ;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		
5.2.4****	наличие в реестре счета 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, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории РФ.	сто процентов стоимости за каждый случай оказания 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, не входящих в Территориальную программу ОМС;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания 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;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		
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).	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		
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, отсутствующим в тарифном соглашении;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		
5.4.2	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		
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 действующей лицензии медицинской организации;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		
5.5.2***	Предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		

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).	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 профилю оказания медицинской помощи.	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		
5.7	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов 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		
5.7.2	Дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	сто процентов стоимости каждого случая, 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	Стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованное в системе ОМС.	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, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи); - пациенто-дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях).	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр необоснованно		
5.7.6	Включение в реестр счетов нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр необоснованно		

\* подушевой норматив финансирования за счёт средств ОМС на 2015 г. составляет 8260 рублей 70 копеек

\*\* применяется с 1 апреля 2015года

\*\*\* штрафные санкции по пунктам 5.5.1, 5.5.2, 5.5.3, 5.6 применяются с 01.июля 2015года

\*\*\*\* в соответствии с п.128 раздела8 приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.02.2011года №158н «при наличии отклонённых от оплаты счетов на оплату медицинской помощи по результатам проведенного страховой медицинской организацией контроля объемов,сроков, качества и условий оказания оказания медицинской помощи медицинская организация вправе доработать и представить в страховую медицинскую организацию отклонённые ранее от оплаты счета на оплату медицинской помощи и реестры счетов не позднее 25 рабочих дней с даты получения акта от страховой медицинской организации.