

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 ТФОМС Республики Крым	
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 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (далее – Программа ОМС) в расчете на одно застрахованное лицо в год (2 531 рублей 67 копеек) «*»	<p>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.</p> <p>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.</p>
1.1.2.	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;		30 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (2 531 рублей 67 копеек).	Согласие или несогласие врача должно быть зафиксировано на заявлении застрахованного лица.

1.1.3.	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке.		30 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (2 531 рублей 67 копеек).	Сроки ожидания плановой медицинской помощи определены Программой. 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.
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 причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;		100 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (8 438 рублей 90 копеек).	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;		300 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (25 316 рублей 70 копеек).	

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;		100 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (8 438 рублей 90 копеек).	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, 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 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (25 316 рублей 70 копеек).	
1.4.	взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования	100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	100 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (8 438 рублей 90 копеек).	Штраф не применяется при оказании платной медицинской помощи в другой МО. 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.	приобретенные пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, лекарственных препаратов и/или медицинских изделий в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств», согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи	50 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	50 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (4 219 рублей 45 копеек).	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.		100 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (8 438 рублей 90 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.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации			
2.2.1.	о режиме работы медицинской организации;		50 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (4 219 рублей 45 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;		50 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (4 219 рублей 45 копеек).	
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи;		50 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (4 219 рублей 45 копеек).	
2.2.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;		50 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (4 219 рублей 45 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;		50 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (4 219 рублей 45 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-%ной скидкой со свободных цен		50 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (4 219 рублей 45 копеек).	
2.3.	отсутствие информационных стендов в медицинских организациях		100 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (8 438 рублей 90 копеек).	
2.4.	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:			
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации;		50 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (4 219 рублей 45 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;		50 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (4 219 рублей 45 копеек).	В соответствии с Программой

2.4.3.	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;		50 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (4 219 рублей 45 копеек).	В соответствии с Программой
2.4.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;		50 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (4 219 рублей 45 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;		50 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (4 219 рублей 45 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-%ной скидкой со свободных цен		50 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (4 219 рублей 45 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).	10 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	100 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (8 438 рублей 90 копеек).	
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания 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;	10 % 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);	30 % стоимости за каждый случай 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);	40 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		
3.2.4.	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);	90 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	100 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (8 438 рублей 90 копеек).	
3.2.5.	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	300 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (25 316 рублей 70 копеек).	
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи мероприятий:			
3.3.1.	приведших к удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица;	5 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи сверх установленных сроков оказания медицинской помощи		

3.3.2.	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).	40 % стоимости за каждый случай оказания 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).	50 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		
3.5.	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).	50 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		<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 ФОМС от 01.12.2010 № 230, в результате ЭКМП случаев первичного оказания медицинской помощи.</p> <p>Удержанию подлежит:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 50% процентов стоимости за каждый случай первичного и повторного оказания медицинской помощи в случае оказания помощи в одной и той же МО. 2. 50% процентов стоимости за случай первичного оказания медицинской помощи в случае повторного оказания помощи в другой МО.

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.	80 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	100 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (8 438 рублей 90 копеек).	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.
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.	70 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	30 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (2 531 рублей 67 копеек).	
3.8.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.	60% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		

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.	100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		
3.11.	Действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания).	90 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	100 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (8 438 рублей 90 копеек).	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 внештатного 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.	30 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		
3.13.	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.	30 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	30 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (2 531 рублей 67 копеек).	

3.14.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории.	90 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	100 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (8 438 рублей 90 копеек).	
Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации				
4.1.	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.	100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		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.
4.2.	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).	10 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		

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.	10 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		
4.4.	Наличие признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление истории болезни, с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	90 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		
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.).	100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		

4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов.	100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	100 % подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС (8 438 рублей 90 копеек).	Несоответствием данных считается: включение в счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов посещений, обращений, койко-дней, сеансов, диагностических и лабораторных исследований оплачиваемых по отдельному тарифу не подтвержденных первичной медицинской документацией, несоответствие сроков лечения, согласно первичной медицинской документации, застрахованного лица срокам, указанным в реестре счета.
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 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;	100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		
5.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		
5.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.	100 % 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;	100 % 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.);	100 % 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;	100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		
5.2.4.	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах;	100 % 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.	100 % 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;	100 % 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;	100 % 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).	100 % 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;	100 % 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.	100 % 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;	100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		
5.5.2.	Предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации;	100 % 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).	100 % 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.	100 % 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);	100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		
5.7.2.	Дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		
5.7.3.	Стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;	100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		
5.7.4.	Стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованное в системе ОМС.	100 % 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).	100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		Кроме случаев оказания медицинской помощи в неотложной форме по профилю «стоматология» в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре.
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.	100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		

«*» подушевой норматив финансирования за счёт средств ОМС на 2016 г. составляет 8438 рублей 90 копеек

«**» для медицинских организаций, финансируемых по подушевому принципу, сумма, не подлежащая оплате, уменьшению оплаты, возмещению, рассчитывается от стоимости посещений (с профилактической целью и по неотложным показаниям), обращения по заболеванию, установленных для оплаты медицинской помощи по межтерриториальным расчетам

«***» в соответствии с пунктом 128 раздела VIII приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.02.2011г. №158н « при наличии отклоненных от оплаты счетов на оплату медицинской помощи по результатам проведенного страховой медицинской организацией контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи МО в праве доработать и представить в страховую МО отклоненные ранее от оплаты счета на оплату медицинской помощи и реестры счетов не позднее 25 рабочих дней с даты получения акта от страховой МО»

«***» удержания и штрафные санкции применяются по случаям оказания медицинской помощи завершившимся после 01 января 2016года.