|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 28  к Соглашению о тарифах на оплату медицинской помощи по ОМС на 2015 год |

**Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов**

**за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Перечень нарушений** | | **Санкции** | | | | |
| **Сумма, не подлежащая оплате (уменьшение оплаты)** | | **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; | | - | | 100 % размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год | | |
| 1.1.2. | - на выбор врача с учетом его согласия путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации; | | - | | 50 % размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год | | |
| 1.1.3. | - нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроки ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке. | | - | | 100 % размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год | | |
| 1.1.4. | Нарушение сроков (увеличение) ожидания скорой медицинской помощи, в том числе: | | | | | | |
| 1.1.4.1. | - не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания; | | - | | | | 20 % размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 1.1.4.2. | - повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания; | | - | | | | 100 % размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания |
| 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; | | - | | | | 20 % размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 1.2.2. | - повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания; | | - | | | | 100 % размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год, |
| возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания |
| 1.2.3. | - приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке) | | 100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | | | | 500 % размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год (до вступления в силу Федерального Закона «Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинской организации перед пациентами») |
| 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; | | | - | 20 % размера  норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год | | |
| 1.3.2. | - повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания. | | | - | 100 % размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год, | | |
| возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания | | |
| 1.3.3. | - приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке) | | | 100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | 500 % размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год (до вступления в силу Федерального Закона «Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинской организации перед пациентами») | | |
| 1.4. | Взимание платы с застрахованных лиц (в рамках добровольного медицинского страхования или в виде оказания платных услуг) за оказанную медицинскую помощь, в том числе скорую медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования. | | | 100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | 100 % возврат средств, необоснованно затраченных застрахованным  лицом | | |
| 1.5. | Приобретение пациентом лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов», «Формуляр лечения стационарного больного», согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи. | | | 20 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | 100 % возврат средств, необоснованно затраченных застрахованным  лицом | | |
| Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованных лиц | | | | | | | |
| 2.1. | Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети «Интернет». | | | - | 5% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо на год | | |
| 2.2. | Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети «Интернет» следующей информации: | | | | | | |
| 2.2.1. | - о режиме работы медицинской организации; | | | - | | 5% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо на год | |
| 2.2.2. | - об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, в том числе срокам ожидания медицинской помощи; | | | - | | 5% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо на год | |
| 2.2.3. | - о видах оказываемой медицинской помощи; | | | - | | 5% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо на год | |
| 2.2.4. | - о показателях доступности и качества медицинской помощи; | | | - | | 5% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо на год | |
| 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; | | | - | | 5% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо на год | |
| 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. | | | - | | 5% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо на год | |
| 2.3. | Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях. | | | - | | 5% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо на год | |
| 2.4. | Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации: | | | | | | |
| 2.4.1. | - о режиме работы медицинской организации; | | | - | | 5% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо на год | |
| 2.4.2. | - об условия оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, в том числе срокам ожидания медицинской помощи; | | | - | | 5% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо на год | |
| 2.4.3. | - о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации; | | | - | | 5% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо на год | |
| 2.4.4. | - о показателях доступности и качества медицинской помощи; | | | - | | 5% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо на год | |
| 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; | | | - | | 5% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо на год | |
| 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. | | | - | | 5% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо на год | |
| 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 % размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год | |
| 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 | | | | | |
| 3.2.1. | | - не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица; | | 25 % 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); | | 100 % 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, оформленного в установленном порядке); | | 50 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | | Возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания | |
| 3.2.4. | | - приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке); | | 100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | | Возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания, | |
| 200 % размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год (до вступления в силу Федерального Закона «Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинской организации перед пациентами») | |
| 3.2.5. | | - приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке). | | 100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | | 500 % размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год (до вступления в силу Федерального Закона «Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинской организации перед пациентами») | |
| 3.3. | | Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий: | | | | | |
| 3.3.1. | | - приведших к удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица; | | 100 % 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, оформленного в установленном порядке). | | 50 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | | Возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания | |
| 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; | | 20 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | |  | |
| 3.4.2. | | приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке); | | 50 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | |  | |
| 3.4.3. | | - приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке). | | 100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | | 500 % размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год (до вступления в силу Федерального Закона «Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинской организации перед пациентами») | |
| 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). | | 25 % 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. | | 50 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | | 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), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара. | | 60 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | | - | |
| 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 | | - | |
| 3.9. | | 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. | | 100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи сверх установленных сроков 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.  Повторное обоснованное обращение застрахованного лица за оказанием скорой медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 24 часов. | | 100 % стоимости каждого случая, предъявленного к оплате повторно | | - | |
| 3.11. | | Действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания). | | 100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | | 200 % размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год, 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 препаратов – синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения. | | 25 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | | - | |
| 3.13. | | Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством. | | - | | 5 % размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год | |
| 3.14. | | Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории. | | 100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | | 20 % размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год | |
| 3.15. | | Наличие расхождений диагноза основного заболевания (травмы) скорой медицинской помощи и клинического диагноза, установленного в приемном отделении медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь на госпитальном этапе. | | 100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | | 20 % размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год | |
| 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 | | 50 % размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год | |
| 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: | | 20 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | | - | |
| - информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства; | |
| - письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях. | |
| 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). | | 100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | | 100 % размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год | |
| 4.5. | | Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует табелю учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.). | | 100 % 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; | | 100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | | - | |
| 4.6.2. | | - несоответствие сроков лечения, согласно первичной медицинской документации, застрахованного лица срокам, указанным в реестре счета; | | 100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, не подтвержденный первичной медицинской документацией | | - | |
| 4.6.3. | | - несоответствие диагноза, согласно первичной медицинской документации, застрахованного лица диагнозу, указанному в реестре счета. | | 100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | |  | |
| 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 | | - | |
| 5.1.7. | | - несоответствие кода услуги диагнозу, полу, возрасту, профилю отделения. | | 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, получившего 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 нелицензированных 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 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; | | 100 % 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, застрахованных в системе ОМС. | | 100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | | - | |
| 5.7.5. | | Включения в реестр счетов медицинской помощи: | | 100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр необоснованно | | - | |
| - 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 стационар (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях). | |
| 5.7.6. | | Включение в реестр счетов нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплатыс пересечением или совпадением сроков лечения. | | 100 % стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр необоснованно | | - | |

ФОНД: ОРГАНИЗАЦИЯ:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

м.п. м.п.