Приложение 5

к дополнительному соглашению от 14.08. 2015 № 1

**«Приложение 8**

к Тарифному соглашению

Перечень санкций, применяемых к медицинским организациям по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N п/п** | **Дефекты, нарушения** | **Санкции** | **Примечание** |
| **Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения** | **Размер штрафа** |
| 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; |  | 20% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год100% возврат застрахованному лицу средств, необоснованно затраченных им в медицинской организации, не работающей в системе обязательного медицинского страхования, при не направлении при наличии медицинских показаний в медицинскую организацию, работающую в системе обязательного медицинского страхования |  |
| 1.1.2.  | на выбор врача (с учетом его согласия) путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации; | -  | 10% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год  |  |
| 1.1.3.  | нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке. | -  | 10% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год  | Применяется при наличии объективной возможности медицинской организации на соблюдение условий оказания медицинской помощи |
| 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;  | -  | 10% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год  | Применяется при наличии объективной возможности медицинской организации на оказание медицинской помощи |
| 1.2.2. | повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания | стоимость лечения застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания\* | 50% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год | Применяется при наличии объективной возможности медицинской организации на оказание медицинской помощи  |
| 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; | - | 10% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год | Применяется при наличии объективной возможности медицинской организации на оказание медицинской помощи |
| 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). | стоимость лечения застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания\* | 50% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год | Применяется при наличии объективной возможности медицинской организации на оказание медицинской помощи  |
| 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% возврат застрахованному лицу необоснованно затраченных им средств  | Применяется за исключением случаев, указанных в ст. 84 323-ФЗ. |
| 1.5. | Приобретение 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. | 30% стоимости случая оказания медицинской помощи | 100% возврат застрахованному лицу необоснованно затраченных им средств | Применяется относительно лечения основного заболевания.  |
| 2. Отсутствие информированности застрахованного населения  |
| 2.1. | Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет | -  | 15% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования 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 обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год |  |
| 2.2.2. |  об условия оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи | - | 5% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год |  |
| 2.2.3. | о видах оказываемой медицинской помощи | - | 5% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования 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 обязательного медицинского страхования 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 обязательного медицинского страхования 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 обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год |  |
| 2.3. | Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях | -  | 15% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования 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 обязательного медицинского страхования 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 бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи | -  | 5% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования 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 обязательного медицинского страхования 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 обязательного медицинского страхования 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 обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год |  |
| 2.4.6. | 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 пятидесяти процентной скидкой со свободных цен | -  | 5% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год |  |
| 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) | -  | 25% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год | Применяется после принятия уполномоченным федеральным органом нормативно-правового акта. Применяются по обращению пациента. |
| 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: |  |  |  |
| 3.2.1. | не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица | 10% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи\*100% стоимости за каждый случай диспансеризации, не являющийся законченным в соответствии с Тарифным соглашением в системе ОМС Новосибирской области | -  |  |
| 3.2.2. | приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке) | разница между стоимостью случая оказания медицинской помощи, выставленного в реестр, и стоимостью случая оказания медицинской помощи без необоснованного увеличения сроков лечения\* | -  |  |
| 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) | 50% стоимости случая оказания медицинской помощи в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица 25% стоимости случая оказания медицинской помощи в случае создания риска прогрессирования имеющегося заболевания, либо создания риска возникновения нового заболевания\* | -  |  |
| 3.2.4. | приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке) | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи\* | 100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год | Применяется по решению комиссии, созданной при ТФОМС. |
| 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% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год | Применяется по решению комиссии, созданной при ТФОМС. |
| 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 | разница между стоимостью случая оказания медицинской помощи, выставленного в реестр, и стоимостью случая оказания медицинской помощи без необоснованного увеличения сроков лечения\* | -  |  |
| 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) | 50% стоимости случая оказания медицинской помощи в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица25% стоимости случая оказания медицинской помощи в случае создания риска прогрессирования имеющегося заболевания, либо создания риска 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) | 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, хронических заболеваний и случаев не связанных с действиями (бездействиями) медицинских работников). | 25% стоимости случая первичного 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 | 25% стоимости случая оказания медицинской помощи в медицинской организации, допустившей нарушение\* | -  |  |
| 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. | 50% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи |  | Применяется также при необоснованном оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара |
| 3.8.  | Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям | 25% 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 каждого случая, предъявленного к оплате повторно\* | - | За исключением оказания неотложной или экстренной медицинской помощи |
| 3.11. | Действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания) | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи\* | 100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год | Применяется по решению комиссии, созданной при ТФОМС. |
| 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 | 25% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи\* | - |  |
| 3.13. | Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством. | 50% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования 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\* | 50% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год |  |
| 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 случая оказания медицинской помощи\* | - | При предоставлении в течение 30 дней медицинской организацией амбулаторной карты, снятие средств по дефекту не осуществляется, проводится экспертиза по предоставленной медицинской документации.Объективной причиной отсутствия медицинской документации является:1. запрос уполномоченного органа; 2. заявление застрахованного гражданина на срок не более 2-х месяцев с даты подачи заявления, либо по согласованию сторон на срок, превышающий 2 месяца |
| 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) | 5% 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 вмешательстваписьменного согласия на лечение в установленных законодательством Российской Федерации случаях | 5% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи\* | - | Применяется в случаях, прямо предусмотренных действующим законодательством. |
| 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\* | 20% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год | Признаками фальсификации являются:Дописки - вписывание текста в свободные места другим почерком, внесение записей в медицинскую документацию об оказанной медицинской помощи (в том числе указание в направлении на диагностическое исследование даты забора материала) после даты смерти пациента, а также внесение в медицинскую документацию данных о диспансеризации при отсутствии ее проведения (основанием является:1) письменное заявление гражданина о том, что он не проходил диспансеризацию в данной медицинской организации,2) подтвержденные в результате ведомственной проверки, проверки контрольных или надзорных органов случаи непрохождения гражданином диспансеризации).Исправления (дат, текста, результатов анализов) - внесение новых записей поверх механически удаленных либо зачеркнутых ранее сделанных при несовпадении с данными в другой медицинской документации (журналы, талоны пациента и т.д.).Вклейки – наличие в медицинской документации листов отличающихся по фактуре, цвету, размеру, за исключением карт однократного приема.Полное переоформление– несовпадение текста медицинской документации с заверенной в установленном порядке копией данного документа сделанного ранее. |
| 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 | разница между стоимостью случая оказания медицинской помощи, выставленного в реестр, и фактической стоимостью случая оказания медицинской помощи\*100% стоимости законченного случая\* при полном несоответствии сроков лечения | 3% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год.  | Применяется при полном несоответствии сроков лечения, при включении в счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов посещений, койко-дней, пациенто-дней и др., не подтвержденных первичной медицинской документацией, а также при неправильном кодировании случаев оказания медицинской помощи с завышением стоимости лечения, а также дроблении законченного случая лечения в реестре.Штраф применяется только в случаях отсутствия в первичной медицинской документации посещений, пациенто-дней или койко-дней, а также при завышении УЕТ. |
| 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% суммы счета | - |  |
| 5.1.2. | сумма счета не соответствует итоговой сумме представленной медицинской помощи по реестру счетов | 100% суммы счета | - |  |
| 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, в том числе: |  |  |  |
| 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 обязательного медицинского страхования, 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 обязательного медицинского страхования на территории другого субъекта Российской Федерации | 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 обязательному медицинскому страхованию на территории Российской Федерации | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи\* | - |  |
| 5.3.  | Нарушения, связанные с включением в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования, в том числе: |  |  |  |
| 5.3.1. | включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования | 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, в том числе: |  |  |  |
| 5.4.1. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении | 100% 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, в том числе: |  |  |  |
| 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. | представление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи\* | - |  |
| 5.5.3. | представление 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, в том числе |  |  |  |
| 5.7.1. | позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, который был оплачен 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 финансирования обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | - |  |
| 5.7.5. | включения в реестр счетов следующих видов медицинской помощи, в том числе: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);  | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр необоснованно\*; стоимость койко-дней, включенных в реестр необоснованно (пересекшихся с периодом оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях; в условиях дневного стационара) при наличии условий применения нарушения к медицинской организации, оказавшей специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях\*\* | - | Нарушение применяется к медицинской организации, оказавшей специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в следующих случаях:1) первичная медико-санитарная помощь, оказанная в амбулаторных условиях, подтверждена в первичной медицинской документации данными лабораторно-диагностических исследований;2) наличия заявления гражданина, подтверждающего факт посещения им медицинской организации, оказавшей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях;3) дата начала оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара предшествует дате окончания лечения в стационарных условиях;4)  при наличии в первичной медицинской документации (при оказании первичной медико-санитарной помощи на дому) записи врача об осмотре, а также документального подтверждения приема вызова врача на дом.Нарушение не применяется в случаях: 1) пересечения сроков специализированной медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, и первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме при стоматологических заболеваниях;2) пересечения сроков проведения гемодиализа или перитонеального диализа, и специализированной медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях другой медицинской организацией (при возникновении указанной ситуации в одной медицинской организации нарушение не применяется в случае оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по другому профилю). |
| 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) | Стоимость пациенто/дней, включенных в реестр счетов необоснованно |  |
| случаев оказания скорой медицинской помощи в период пребывания пациента в круглосуточном стационар (кроме дня поступления и выписки из стационара) | Стоимость койко-дней, пересекшихся с датами вызова скорой медицинской помощи;\*\*100% подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год за каждый случай транспортировки пациента |  | Применяется к медицинской организации, оказавшей специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, в случаях:-  подтверждения вызова скорой медицинской помощи на дом медицинской документацией (картой вызова скорой медицинской помощи, журнал регистрации вызовов скорой медицинской помощи);-  вызова скорой помощи для осуществления транспортировки пациентов, находящихся на лечении в стационарных условиях |
| 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, включенный в реестр необоснованно, при совпадении сроков лечения;стоимость койко-дней, включенных в реестр необоснованно при пересечении сроков лечения\*\* | - | При пересечении сроков оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях одной медицинской организацией, и медицинской помощи, оказанной в приемном отделении другой медицинской организации при отказе в госпитализации, стоимость медицинской помощи, оказанной в приемном отделении, снимается с медицинской организации, оказавшей специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях и направившей гражданина в другую медицинскую организацию.Нарушение не применяется при пересечении сроков специализированной медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях при остром коронарном синдроме в одной медицинской организации и проведении чрезкожного коронарного вмешательства в другой медицинской организации. |

**\* - для первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, оплата услуг которой включена в подушевой норматив финансирования, под стоимостью случая лечения понимается произведение базового подушевого норматива и интегрированного коэффициента дифференциации, установленного для медицинской организации.**

\*\*- **стоимость койко-дня определяется как частное стоимости законченного случая лечения на количество койко-дней, поданных в реестр счета на оплату специализированной медицинской помощи.**