



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

**ПЕРМСКИЙ КРАЕВОЙ ФОНД  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (ПКФОМС)**

Уральская ул., д. 119, Пермь, 614060; тел. (342) 265-15-38; факс (342) 291-50-84  
E-mail: [general@tfoms.perm.ru](mailto:general@tfoms.perm.ru) <http://www.pofoms.ru/>  
ОГРН 1065906036460, ИНН/КПП 5906071680/590601001

11 АПР 2011 № 10/НОСЭ  
На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Главному врачу  
медицинской организации  
(по списку)

О направлении Перечня

В соответствии с типовым договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24.12.2010 № 1184н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее – Типовой договор), СМО обязана проводить контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам в медицинской организации в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, устанавливаемым Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее – ФОМС) в соответствии с частью 2 пункта 3 статьи 39 Федерального Закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержден приказом ФОМС от 01.12.2010 №230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее – Порядок). Порядком предусмотрен Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи). Возможный перечень обязательств медицинской организации, следствием неисполнения которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, приложен к письму ФОМС от 15.03.2011 № 1257/30-4/и «О реализации приказа ФОМС от 01.12.№ 230».

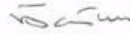
В целях реализации на территории Пермского края вышеуказанных обязанностей СМО и для внесения изменений в тарифное соглашение на 2011 год, утвержденное решением Краевой согласительной комиссии по тарифам на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования от 28.01.2011 № 39 (далее – Тарифное соглашение), в части дополнения его Перечнем оснований для отказа в оплате

медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и размеров финансовых санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Пермского края (далее – Перечень) направляем Вам Перечень для рассмотрения и внесения предложений.

Просим представить в ПКФОМС предложения по Перечню в срок до 15.04.2011.

Приложение: на 10 л. в 1 экз.

Исполнительный директор



В.В. Бабин

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

№ п/п	Перечень дефектов, нарушений	Санкции	
		Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения	Размер штрафа
<b>Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц</b>			
1.1.	Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе		
1.1.1.	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования	-	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.1.2.	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации	-	сто процентов 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	-	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, в том числе		
1.2.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риск возникновения нового заболевания	-	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования 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	возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания -	пятьсот процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год,
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	-	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования 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	возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания -	пятьсот процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год,
1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц (в рамках добровольного медицинского страхования или в виде оказания платных услуг) за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	сто процентов возврат средств, необоснованно затраченных застрахованным лицом
1.5.	Приобретение пациентом лекарственных средств и изделий медицинского назначения в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, формуляр лечения стационарного больного, согласованный и утвержденный в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	сто процентов возврат средств, необоснованно затраченных застрахованным лицом
<b>Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованных лиц</b>			
2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет	-	двадцать пять процентов 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, в том числе		
2.2.1.	о режиме работы медицинской организации	-	двадцать пять процентов 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, в том числе сроков ожидания медицинской помощи	-	двадцать пять процентов 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	-	двадцать пять процентов 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	-	двадцать пять процентов 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	-	двадцать пять процентов 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	-	двадцать пять процентов 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	-	двадцать пять процентов 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, в том числе		
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации	-	двадцать пять процентов 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, в том числе сроков ожидания медицинской помощи	-	двадцать пять процентов 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	-	двадцать пять процентов 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	-	двадцать пять процентов 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	-	двадцать пять процентов 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	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
<b>Раздел 3. Дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании медицинской помощи</b>			
3.1.	Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц)	-	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования 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	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
3.2.2.	приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи сверх установленных сроков оказания медицинской помощи	-
3.2.3.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи и в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения,	

		возникновения нового заболевания	
3.2.4.	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи и в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	двести процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
3.2.5.	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	пятьсот процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
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	сто процентов 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)	пятьдесят процентов 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	
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения)	пятьдесят процентов 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	двадцать пять процентов стоимости за каждый случай первичного и повторного оказания медицинской помощи	-

	положительной динамики в состоянии здоровья, подтвержденное проведенной целевой или плановой экспертизой (за исключением случаев этапного лечения)		
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	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи и в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	
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	пятьдесят процентов 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	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
3.9.	Необоснованное удлинение сроков лечения по вине медицинской организации, а также увеличение количества медицинских услуг, посещений, койко-дней, не связанное с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в рамках стандартов медицинской помощи	сто процентов 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	сто процентов стоимости каждого случая, предъявленного к оплате повторно	-
3.11.	Действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	двести процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования 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 средств – синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения	двадцать пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
3.13.	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством	-	пятьдесят процентов 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	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
<b>Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации</b>			
4.1	Непредоставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	пятьдесят процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования 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)	двадцать пять процентов 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 письменного согласия на лечение в установленных законодательством Российской Федерации случаях	двадцать пять процентов 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)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
4.5.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-

4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:		
4.6.1.	включение в счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов посещений, койко-дней и др., не подтвержденных первичной медицинской документацией	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
4.6.2.	несоответствие сроков лечения согласно первичной медицинской документации застрахованного лица срокам, указанным в реестре счета	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, не подтвержденный первичной медицинской документацией	-
<b>Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов</b>			
5.1.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:		
5.1.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме представленной медицинской помощи по реестру счетов	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.2.	Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации, в том числе:		
5.2.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.2.2.	введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе и т.д.)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис обязательного медицинского страхования на территории другого субъекта Российской Федерации	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.2.4.	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.2.5.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по обязательному медицинскому страхованию на территории Российской Федерации	сто процентов 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	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.3.2.	предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.3.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.4.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь, в том числе:		
5.4.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.4.2.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.5.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности, в том числе:		
5.5.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.5.2.	представление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации	сто процентов 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)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.6.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.7.	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи, в том числе		

5.7.1.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, который был оплачен ранее)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.7.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре	сто процентов стоимости каждого случая, предъявленного к оплате повторно	-
5.7.3.	стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенных в реестр счетов необоснованно	-
5.7.4.	стоимость услуги включена в норматив финансирования обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования	сто процентов 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) пациенто - дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр необоснованно	-
5.7.6.	включение в реестр счетов нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр необоснованно	-

 **Перечень оснований для отказа** в оплате мед. помощи (уменьшения оплаты мед. помощи) и размеров фин. санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления мед. помощи по ОМС

**Перечень оснований для отказа** в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и р ... включенных в **Перечень** жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, формуляр лечения стац ... о **перечне** лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с **перечнем** групп населения ...  
[http://www.pofoms.ru/RegRefInfo/RegInfo/PKFOMS\\_Letters/20110411letter\\_10-1108e.doc](http://www.pofoms.ru/RegRefInfo/RegInfo/PKFOMS_Letters/20110411letter_10-1108e.doc) - 399KB - oozpgsoms-mtm - 13.04.2011