

Приложение № 11
к Тарифному соглашению

Размер финансовых санкций в соответствии с Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшение оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

Код дефекта/нарушения	Перечень оснований	Финансовые санкции	
		Размер отказа в оплате (уменьшения оплаты) медицинской помощи	Размер штрафа
1	2	3	4
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	-	тридцать процентов размера территориального подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
1.1.2.	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации	-	тридцать процентов размера территориального подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи

1.1.3.	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, времени доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме	-	тридцать процентов размера территориального подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании 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	-	сто процентов размера территориального подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
1.2.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания	-	триста процентов размера территориального подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании 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	-	сто процентов размера территориального подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании 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).	-	триста процентов размера территориального подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	сто процентов размера территориального подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
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.	пятьдесят процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	пятьдесят процентов размера территориального подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения			

2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет	-	сто процентов размера территориального подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.2.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации:		
2.2.1.	о режиме работы медицинской организации	-	пятьдесят процентов размера территориального подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.2.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи	-	пятьдесят процентов размера территориального подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи	-	пятьдесят процентов размера территориального подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи

2.2.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи	-	пятьдесят процентов размера территориального подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
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	-	пятьдесят процентов размера территориального подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
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	-	пятьдесят процентов размера территориального подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.3.	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях	-	сто процентов размера территориального подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.4.	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:		

2.4.1.	о режиме работы медицинской организации	-	пятьдесят процентов размера территориального подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.4.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи	-	пятьдесят процентов размера территориального подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.4.3.	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации	-	пятьдесят процентов размера территориального подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.4.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи	-	пятьдесят процентов размера территориального подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи

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	-	пятьдесят процентов размера территориального подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
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	-	пятьдесят процентов размера территориального подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
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)	десять процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	сто процентов размера территориального подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
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	десять процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату 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)	тридцать процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату 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)	сорок процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	-
3.2.4.	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке)	девяносто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	сто процентов размера территориального подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
3.2.5.	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке)	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	триста процентов размера территориального подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
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.	Исключен с 12.02.2016. - Приказ ФОМС от 29.12.2015 № 277		

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)	сорок процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	-
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения)	пятьдесят процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	-
3.5.	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, дефекты лечения, преждевременная выписка), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 15 дней со дня завершения амбулаторного лечения; повторная госпитализация в течение 30 дней со дня завершения лечения в стационаре; повторный вызов скорой медицинской помощи в течение 24 часов от момента предшествующего вызова	пятьдесят процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату 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 застрахованного лица	восемьдесят процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	сто процентов размера территориального подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
3.7.	Госпитализации застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара	семьдесят процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	тридцать процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи

3.8.	Госпитализации застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям	шестьдесят процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	-
3.9.	Утратил силу. – Приказ ФОМС от 21.07.2015 № 130		
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 размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	-
3.11.	Утратил силу - Приказ ФОМС от 22.02.2017 № 45		
3.12.	Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначения лекарственных средств - синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящего к удорожанию лечения	тридцать процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	-
3.13.	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством	тридцать процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	тридцать процентов размера территориального подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
3.14.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории вследствие дефектов при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи	девяносто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	сто процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи

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	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	-
4.2.	Отсутствие в первичной медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи	десять процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	-
4.3.	Отсутствие в первичной медицинской документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение в установленных законодательством Российской Федерации случаях.	десять процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	-
4.4.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление истории болезни с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания)	девяносто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	-
4.5.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.)	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	-

4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	сто процентов размера территориального подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
4.6.1.	Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы*	*	-
4.6.2.	Включение в счет на оплату медицинской помощи/медицинских услуг при отсутствии в медицинском документе сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи пациенту	-	-
Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявление на оплату счетов и реестров счетов			
5.1.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:		
5.1.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	-
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	-

5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	-
5.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов некорректна (содержит арифметическую ошибку)	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	-
5.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	-
5.2.	Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации:		
5.2.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	-
5.2.2.	введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса ОМС, адресе и т. д.)	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	-
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис ОМС на территории другого субъекта РФ	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	-
5.2.4.	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	-

5.2.5.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи предоставленной категориям гражданам, не подлежащим страхованию по ОМС на территории РФ	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	-
5.3.	Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС:		
5.3.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу ОМС	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату 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 размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату 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 размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	-
5.4.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь:		
5.4.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату 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 размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	-
5.5.	Нарушения, связанные с включением в реестры счетов нелегализованных видов медицинской деятельности:		

5.5.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	-
5.5.2.	предоставления реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	-
5.5.3.	представления 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 размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	-
5.6.	Включения в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	-
5.7.	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи:		
5.7.1.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее)	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	-
5.7.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	-

5.7.3.	стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	-
5.7.4.	стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованное в системе ОМС	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	-
5.7.5.	Включение в реестр счетов медицинской помощи: - амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи); - пациенто-дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях)	сто процентов размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	-
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 размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	-

Примечание:

*в случаях, когда по результатам экспертизы устанавливается некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы (пункт 4.6.1 Перечня оснований), страховая медицинская организация осуществляет оплату медицинской помощи с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить

** отказ в оплате по данному коду дефекта производится страховой медицинской организацией в случаях превышения медицинской организацией объемов медицинской помощи, установленных комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Архангельской области, на год.