



**Федеральный фонд  
обязательного  
медицинского страхования**

Новослободская ул. 37, Москва, ГСП-4,  
127994, тел.: (499) 973-4455, факс: (499) 973-4930

15.03.2011 № 1257/30-Ук

На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

О реализации приказа ФОМС  
от 01.12.2010 № 230

Исполнительным директорам  
территориальных фондов  
обязательного медицинского  
страхования

Территориальными фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями, в соответствии с пунктом 8 части 7 статьи 34 и пунктом 2 части 3 статьи 39 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон), осуществляется контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в рамках программ обязательного медицинского страхования. Порядок контроля установлен приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 года № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 января 2011 года, регистрационный № 19614).

Результаты проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи оформляются актами, включающими информацию о выявленных нарушениях и соответствующих санкциях. Формы актов медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, а также Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) утверждены приказом ФОМС от 1 декабря 2010 года № 230.

В соответствии со статьей 41 Федерального закона сумма, не подлежащая оплате по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты оказанной медицинской организацией медицинской помощи, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в

оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи. Взаимные обязательства медицинских организаций и страховых медицинских организаций, следствием неисполнения которых является применение к сторонам соответствующих мер, предусматриваются заключенным между ними договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Типовой формой договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (утверждена приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 декабря 2010 года № 1184н (зарегистрирован Минюстом России 4 февраля 2011 года, регистрационный № 19714) (пункт 7) предусматривается ответственность медицинской организации в соответствии со статьями 39 и 41 Федерального закона.

Возможный перечень обязательств медицинской организации и последствия их неисполнения, влекущие 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, прилагается.

Председатель

А.В. Юрин

Приложение  
к письму ФОМС  
от 15.03.2011 № 1257/30-4/и

Обязательства медицинских организаций, 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

№ п/п	Обязательства медицинских организаций	Последствия неисполнения обязательств	
		Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения	Размер штрафа
1. Обеспечение доступности медицинской помощи для застрахованных лиц			
1.1.	Обеспечение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:		
1.1.1.	Обеспечение выбора медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы, в соответствии с заявлением застрахованного лица	-	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.1.2.	Обеспечение выбора врача в соответствии с заявлением застрахованного лица, поданным 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.	Соблюдение 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.	Оказание застрахованным лицам медицинской помощи в соответствии с территориальной программой	последствия за необоснованный отказ в оказании медицинской помощи застрахованному лицу, не повлекший причинение вреда здоровью, не создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания
1.3.	Бесплатное оказание застрахованным лицам медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой	последствия за необоснованный отказ застрахованному лицу в бесплатном оказании медицинской помощи, не повлекший причинение вреда здоровью, не создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания либо возникновения нового заболевания
		- сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
		последствия за необоснованный отказ застрахованному лицу в бесплатном оказании медицинской помощи, повлекший причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания или 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,
1.4.	Не допущение взимания платы с застрахованных лиц (в рамках добровольного медицинского страхования или в виде оказания платных услуг) за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	сто процентов возврат средств, необоснованно затраченных застрахованным лицом
1.5.	Бесплатное обеспечение застрахованных лиц в период пребывания в стационаре по назначению врача лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения,ключенными в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, 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>2. Обеспечение информированности застрахованных лиц</b>			
2.1.	Создание 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.	Наличие на официальном сайте медицинской организации в сети «Интернет» следующей информации:		
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 условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, 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	показатели 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	перечень 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	перечень 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.	Организация информационных стендов	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.4.	Наличие на информационных стенах в медицинских организациях следующей информации:		
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 бесплатной медицинской помощи, 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 медицинской помощи, оказываемых данной медицинской организацией	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.4.4	показатели 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	перечень 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	перечень 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 со свободных цен	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
3. Отсутствие дефектов медицинской помощи / нарушений при оказании медицинской помощи			
3.1.	Соблюдение персоналом медицинской организации врачебной этики и деонтологии	-	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
3.2.	Выполнение своевременно и надлежащим образом необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи	последствия невыполнения обязательства, не повлиявшие на состояние здоровья застрахованного лица пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи последствия невыполнения обязательства, приведшие к увеличению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	- - -

		последствия невыполнения обязательства, приведшие к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшие риск прогрессирования имеющегося заболевания или 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 имеющего заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	-
	последствия невыполнения обязательства, приведшие 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,	двести процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год

		возникновения нового заболевания	
		последствия невыполнения обязательства, приведшие 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 показанных, оправданных с клинической точки зрения, регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий	последствия невыполнения обязательства, приведшие к увеличению 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	-
		последствия невыполнения обязательства, приведшие к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо риску прогрессирования имеющегося заболевания или 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.	Выполнение показанных с клинической точки зрения лечебных мероприятий до достижения клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения)	последствия за 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.	Обеспечение достижения положительной динамики в состоянии здоровья застрахованного лица при первичном обращении за медицинской помощью (за исключением случаев этапного лечения)	последствия за 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)	
		двадцать пять процентов стоимости за каждый случай первичного и повторного оказания медицинской помощи	-
3.6.	Обеспечение преемственности в лечении застрахованного лица (в том числе своевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня)	последствия за нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к увеличению 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.	Не допущение 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	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
3.8.	Исключение возможности госпитализации 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.	Соблюдение сроков и условий лечения застрахованных лиц в рамках стандартов медицинской помощи	последствия за необоснованное увеличение сроков лечения по вине медицинской организации, увеличение количества медицинских услуг, посещений, койко-дней, не связанного 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.	Не допущение повторного посещения 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.	Принятие мер со стороны медицинского персонала к предупреждению развития нового заболевания застрахованного лица (развития 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.	Обеспечение обоснованного назначения лекарственной терапии; исключение одновременного назначения лекарственных средств – синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанного с риском для здоровья пациента и/или приводящего к удорожанию лечения	двадцать пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
3.13.	Обеспечение выполнения обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с законодательством;	-	пятьдесят процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
3.13.1	недопущение наличия 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
4. Правильность оформления в медицинской организации первичной медицинской документации			

4.1.	Предоставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации	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.	Оформление надлежащим образом первичной медицинской документации, обеспечивающее проведение экспертизы качества медицинской помощи (возможность оценки динамики состояния здоровья застрахованного лица, объема, характера и условий предоставления медицинской помощи)	двадцать пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
4.3.	Обеспечение наличия в первичной медицинской 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.	Исключение случаев наличия 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.	Исключение случаев несоответствия дат оказания медицинской помощи, зарегистрированных в первичной медицинской документации и реестре счетов, и в табеле 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.	Оформление счетов на оплату медицинской помощи и реестров счетов в соответствии с записями в первичной медицинской документации, не допуская:		
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	несоответствия сроков лечения застрахованного лица в первичной медицинской документации срокам, указанным в реестре счетов	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, не подтвержденный первичной медицинской документацией	-
5.	Надлежащее оформление и предъявление на оплату счетов и реестров счетов		
5.1.	Оформление и предъявление счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, исключив:		
5.1.1	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.1.2	несоответствие суммы счета итоговой сумме предоставленной 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	некорректные суммы по позициям реестров счетов (арифметические ошибки);	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.1.6	несоответствие даты оказания медицинской помощи в реестре счетов отчетному периоду/периоду оплаты	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.2.	Оформление счета на оплату медицинской помощи и реестров счетов надлежащим образом в соответствии с принадлежностью застрахованного лица к страховой медицинской организации, исключив:		
5.2.1	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, получившему полис обязательного медицинского страхования в другой страховой медицинской организации	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-

5.2.2	включение 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 счетов 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 гражданам, не подлежащим обязательному медицинскому страхованию на территории Российской Федерации	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.3. Предъявление к оплате счета, включающего виды и объемы медицинской помощи, входящие в территориальную программу обязательного медицинского страхования, исключив:			
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 установленного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением Комиссии	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 (лечение тяжелых несчастных случаев на производстве, оплачиваемое Фондом социального страхования Российской Федерации)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.4. Формирование для оплаты счетов и реестров счетов с учетом установленных тарифов на оплату медицинской помощи, не допуская:			
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. Включение в реестры счетов лицензированных видов медицинской деятельности, не допуская:			
5.5.1	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в лицензии медицинской организации;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.5.2	представления реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.5.3	представления на оплату реестров счетов в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: не соответствие фактических адресов осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности данным лицензии и другого (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.6.	Не допущение включения 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.	Оформление надлежащим образом реестров счетов, исключая повторное или необоснованное включение в реестр счетов медицинской помощи, в том числе:		
5.7.1	повторное включение ранее оплаченной позиции (повторное выставление ранее оплаченного счета)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.7.2	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре счетов	сто процентов стоимости каждого случая, предъявленного к оплате повторно	-
5.7.3	включение стоимости отдельной медицинской услуги, учтенной в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги и предъявленной к оплате	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенных в реестр счетов необоснованно	-

5.7.4	включение стоимости медицинской услуги, вошедшей в подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи на прикрепленных застрахованных лиц	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.7.5	включение 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 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 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	-