

I. Перечень оснований

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

№ п/п	Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Сумма неоплаты или неполной оплаты медицинской помощи	Размер штрафа	Примечание
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 (далее - территориальная программа ОМС);		Двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС 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;		Двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год.	Согласие или несогласие врача должно быть зафиксировано на заявлении застрахованного лица.
1.1.3.	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке.		Тридцать процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год.	
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;		Двадцать процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год.	
1.2.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания.		Сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС 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;		Двадцать процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год.	
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).		Сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год.	п. 1.3.2. в ред. приказа ФФОМС от 21.07.2015 № 130

1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой ОМС.	Сто процентов возврат средств, необоснованно затраченных застрахованным лицом.	Пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи.	При не возможности оказания медицинской помощи в установленные сроки, врач обязан проинформировать пациента о возможности бесплатного оказания медицинской помощи в иных МО и выдать направление установленной формы. Запись о выданном направлении вносится в первичную медицинскую документацию. Средства застрахованного лица, затраченные на проведение исследований, выполненных без записи врача в первичной медицинской документации и без направления лечащего врача, возврату не подлежат. п. 1.4. в ред. приказа ФФОМС от 21.07.2015 № 130
------	--	--	---	---

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 препаратов», согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.	Сто процентов возврат средств, необоснованно затраченных застрахованным лицом.	Двадцать пять процентов стоимости оказанной медицинской помощи.	Финансовые санкции не применяются в случае приобретения застрахованным лицом лекарственных препаратов и медицинских изделий, не включенных в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, и назначение которых лечащим врачом не производилось. п. 1.5. в ред. приказа ФФОМС от 21.07.2015 № 130
------	---	--	---	---

Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения

2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет.		Десять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо на год.	При выявлении нарушений по разделу 2 одной из СМО, другая СМО, выявившая нарушения позже, не имеет права применять финансовые санкции до истечения срока предписания по устранению выявленных нарушений, выданного СМО, проводившей проверку ранее.
2.2.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации:			
2.2.1.	о режиме работы медицинской организации;		Пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо на год.	

2.2.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;		Пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо на год.	
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи;		Пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо на год.	
2.2.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;		Пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо на год.	Информация должна соответствовать Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам (далее – Территориальная программа).
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;		Пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо на год.	Информация должна соответствовать Территориальной программе.
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.		Пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо на год.	Информация должна соответствовать Территориальной программе.

2.3.	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях.		Десять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо на год.	
2.4.	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:			
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации;		Пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо на год.	
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;		Пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо на год.	
2.4.3.	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;		Пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо на год.	
2.4.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;		Пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо на год.	Информация должна соответствовать Территориальной программе.

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;		Пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо на год.	Информация должна соответствовать Территориальной программе.
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.		Пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо на год.	Информация должна соответствовать Территориальной программе.
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).		Двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год	
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания			При отсутствии утвержденных порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи

	медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи:			экспертиза качества медицинской помощи проводится в соответствии с клиническими протоколами ведения больных и сложившейся клинической практике.
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	Уменьшение на десять процентов стоимости оказанной 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);	Уменьшение на двадцать пять процентов стоимости оказанной медицинской помощи сверх установленных сроков оказания медицинской помощи.	Пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо на год.	
3.2.3.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);	Уменьшение на пятьдесят процентов стоимости оказанной медицинской помощи по страховому случаю.	Двадцать процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо на год.	
3.2.4.	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);	Уменьшение на семьдесят процентов стоимости оказанной медицинской помощи по страховому случаю.	Пятьдесят процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год.	
3.2.5.	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения,	Уменьшение на семьдесят процентов стоимости оказанной медицинской	Сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в	

	оформленного в установленном порядке).	помощи по страховому случаю.	расчете на одно застрахованное лицо в год.	
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:			п. 3.3. в ред. ФФОМС от 21.07.2015 № 130
3.3.1.	приведших к удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица;	Уменьшение на двадцать пять процентов стоимости оказанной 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 от лечения, оформленного в установленном порядке).	Уменьшение на пятьдесят процентов стоимости оказанной медицинской помощи.	Двадцать процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо на год.	
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).	Уменьшение на пятьдесят процентов стоимости оказанной медицинской помощи.		

3.5.	Повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения и 90 дней со дня завершения лечения в стационаре, вследствие отсутствия положительной динамики в состоянии здоровья, подтвержденное проведенной целевой или плановой экспертизой (за исключением случаев этапного лечения).	Уменьшение на десять процентов стоимости оказанной медицинской помощи.		
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	Уменьшение на двадцать пять процентов стоимости оказанной медицинской помощи.		
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.	Уменьшение на пятьдесят процентов стоимости оказанной 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.	Уменьшение на двадцать пять процентов стоимости оказанной 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 рамках стандартов медицинской помощи.	Уменьшение на сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи сверх установленных сроков оказания медицинской помощи.		Утратил силу. – Приказ ФФОМС 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 неоплата стоимости каждого случая, предъявленного к оплате повторно.		Имеется в виду за исключением повторного посещения к другому врачу этой же специальности для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях. В связи с принятым способом оплаты медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу, финансовые санкции не применяются (за исключением случаев оказания медицинской помощи иногородним застрахованным лицам), в счете предъявленная на оплату сумма уменьшается на стоимость повторного посещения.

3.11.	Действие и бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания).	Уменьшение на пятьдесят процентов стоимости оказанной медицинской помощи.	Пятьдесят процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год.	
3.12.	Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных препаратов – синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и / или приводящее к удорожанию лечения.	Уменьшение на двадцать пять процентов стоимости оказанной медицинской помощи.		
3.13.	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.		Двадцать пять 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.	Уменьшение на семьдесят процентов стоимости оказанной медицинской помощи при расхождении 3 категории и на пятьдесят процентов – при расхождении 2 категории	Двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год.	Штраф применяется только при наличии расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 3 категории.

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 неоплата стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи.		
4.2.	Дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы	Уменьшение на десять процентов стоимости оказанной медицинской		

	качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи).	помощи.		
4.3.	Отсутствие в первичной 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.	Уменьшение на десять процентов стоимости оказанной 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).	Уменьшение на десять процентов стоимости оказанной медицинской помощи – при наличии дописки, исправлений, «вклейки». Сто процентов неоплата – при полном переоформлении истории болезни, с умышленным искажением сведений.		
4.5.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует табелю учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).	Сто процентов неоплата стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи.		
4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов.	Сто процентов неоплата стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи.		п. 4.6. в ред. приказа ФФОМС от 21.07.2015 № 130
4.6.1.	включение в счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов посещений, койко-дней и др., не подтвержденных первичной	Сто процентов неоплата стоимости за каждый случай оказания медицинской		Утратил силу. – Приказ ФФОМС от 21.07.2015 №

	медицинской документацией;	помощи.		130
4.6.2.	несоответствие сроков лечения, согласно первичной медицинской документации, застрахованного лица срокам, указанным в реестре счета.	Сто процентов неоплата стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи.		Утратил силу. – Приказ ФФОМС от 21.07.2015 № 130
Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов				
5.1.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:			
5.1.1.	наличие ошибок и /или недостоверной информации в реквизитах счета;	Сто процентов неоплата стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи.		
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме оказанной медицинской помощи по реестру счетов;	Сто процентов неоплата стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи.		Оплата после приведения в соответствие в течение 3 дней
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;	Сто процентов неоплата стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи.		
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	Сто процентов неоплата стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи.		
5.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	Сто процентов неоплата 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 неоплата стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи.		

5.2.	Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации:			
5.2.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;	Сто процентов неоплата стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи.		
5.2.2.	введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса ОМС, адресе и т.д.);	Сто процентов неоплата стоимости за каждый случай 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 неоплата стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи.		Медицинская организация предъявляет счет в Территориальный фонд ОМС РА по случаю оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис на территории другого субъекта РФ.
5.2.4.	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах;	Сто процентов неоплата стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи.		
5.2.5.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории РФ.	Сто процентов неоплата стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи.		
5.3.	Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС:			
5.3.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу ОМС;	Сто процентов неоплата 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 неоплата стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи.		Оплата объемов медицинской помощи, превышающих плановые показатели, осуществляется по решению Комиссии.
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 неоплата стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи.		
5.4.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь:			
5.4.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;	Сто процентов неоплата 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 неоплата стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи.		
5.5.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности:			
5.5.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	Сто процентов неоплата стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи.		
5.5.2.	предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации;	Сто процентов неоплата стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи.		

5.5.3.	Предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов).	Сто процентов неоплата 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 неоплата стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи.		
5.7.	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи:			
5.7.1.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	Сто процентов неоплата стоимости ранее оплаченной медицинской помощи.		
5.7.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	Сто процентов неоплата 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 неоплата стоимости отдельной услуги.		
5.7.4.	стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованное по ОМС;	Сто процентов неоплата стоимости каждого случая.		
5.7.5.	включение в реестр счетов медицинской помощи: - амбулаторных посещений в период	Сто процентов неоплата стоимости за каждый случай оказания медицинской		

	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);	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 неоплата стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр необоснованно.		