

**Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) в сфере  
обязательного медицинского страхования, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание,  
несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества**

№ п/п	Наименование основания	Коэффициент для определения размера неоплаты или неполной оплаты медицинской помощи	Коэффициент для определения размера 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;	-	0,3 (от размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования)*
1.1.2.	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;	-	0,3
1.1.3.	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке.	-	0,3
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;	-	1,0
1.2.2.	последствия за необоснованный отказ в оказании медицинской помощи застрахованному лицу, повлекший причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания.	-	3,0

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;	-	1,0
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).	-	3,0
1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.	1,0 + возврат медицинской организацией застрахованному лицу денежных средств в полном объеме по выставленной претензии	1,0
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.	0,5 + возврат медицинской организацией застрахованному лицу денежных средств в полном объеме по выставленной претензии	0,5
<b>Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения</b>			
2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети «Интернет».	-	1,0
2.2.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети «Интернет» следующей информации:		
2.2.1.	о режиме работы медицинской организации;	-	0,5
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;	-	0,5
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи;	-	0,5

2.2.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;	-	0,5
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;	-	0,5
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.	-	0,5
2.3.	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях.	-	1,0
2.4.	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:		
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации;	-	0,5
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;	-	0,5
2.4.3.	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;	-	0,5
2.4.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;	-	0,5
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;	-	0,5

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 50-процентной скидкой со свободных цен.	-	0,5
<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).	0,1	1,0
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;	- 0,1; -1,0 - при проведении комплексного обследования в Центре здоровья, профилактического осмотра и диспансеризации, не являющимся законченным случаем в соответствии с Тарифным соглашением	-
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);	0,3	-
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);	0,4	-

3.2.4.	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);	0,9	1,0
3.2.5.	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	1,0	3,0
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи мероприятий:		
3.3.1.	приведших к удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица;	-	-
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).	0,4	-
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).	0,5	-
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).	0,5	-
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.	0,8	1,0

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.	0,7	0,3
3.8.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.	0,6	-
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.	1,0	-
3.11.	Действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания).	0,9	1,0
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.	0,3	-
3.13.	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.	0,3	0,3
3.14.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории.	0,9	1,0
<b>Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации</b>			
4.1.	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.	1,0	-

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).	0,1	-
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.	0,1	-
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).	0,9	-
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.).	1,0	-
4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов.	1,0	1,0
<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;	1,0	-
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	1,0	-
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;	1,0	-
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	1,0	-
5.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	1,0	-

5.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.	1,0	-
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;	1,0	-
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.);	1,0	-
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис ОМС на территории другого субъекта РФ;	1,0	-
5.2.4.	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах;	1,0	-
5.2.5.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории РФ.	1,0	-
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;	1,0	-
5.3.2.	Предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы;	1,0	-
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).	1,0	-
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;	1,0	-
5.4.2.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.	- 1,0 (по результатам МЭК); - сумма превышения стоимости оказанной медицинской помощи (по результатам МЭЭ и ЭКМП)	-



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;	1,0	-
5.5.2.	Предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации;	1,0	-
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).	1,0	-
5.6.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.	1,0	-
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);	1,0	-
5.7.2.	Дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	1,0	-
5.7.3.	Стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;	1,0	-
5.7.4.	Стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованных в системе ОМС.	1,0	-
5.7.5.	Включения в реестр счетов медицинской помощи:	1,0	-
	- 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).		
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.	1,0	-
<b>Раздел 6. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (для случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации)</b>			
6.1.	Увеличение сроков ожидания скорой медицинской помощи:		
6.1.1.	От 50 до 100 процентов от норматива, установленного территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Амурской области медицинской помощи (далее - ТПГГ):		
6.1.1.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	-	0,1
6.1.1.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания;	-	0,5
6.1.2.	более 100 процентов от норматива, установленного ТПГГ:		
6.1.2.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	-	0,2
6.1.2.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания;	-	1,0
6.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании скорой медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС (устанавливается по обращениям застрахованных лиц или их представителей), в том числе:		
6.2.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	-	0,3

6.2.2.	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);	-	1,0
6.2.3.	приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке).	-	2,0
6.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании скорой 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:		
6.3.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	-	0,3
6.3.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессировать имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания.	-	1,0
6.3.3.	приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	-	2,0
6.4.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную скорую медицинскую помощь;		
6.4.1.	предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования;	1,0 + возврат медицинской организацией застрахованному лицу денежных средств в полном объеме по выставленной претензии	1,0
6.4.2.	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.	1,0 + возврат медицинской организацией застрахованному лицу денежных средств в полном объеме по выставленной претензии	1,0
6.5.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети «Интернет» следующей информации:		

6.5.1.	об условиях оказания скорой медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания скорой медицинской помощи;	-	0,5
6.5.2.	о показателях доступности и качества скорой медицинской помощи.	-	0,5
6.6.	Дефекты медицинской помощи (нарушения при оказании медицинской помощи) доказанные в установленном порядке:		
6.6.1.	нарушение врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц);	0,1	1,0
6.6.2.	разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, установленное по обращению застрахованного лица путем проведения административного расследования администрацией медицинской организации или мер, принятых компетентными органами;	-	1,0
6.6.3.	несоблюдение врачебной тайны, в том числе конфиденциальности персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, установленное компетентными органами по обращению застрахованного лица.	-	1,0
6.7.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи:		
6.7.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	-
6.7.2.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессировать имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);	0,4	-
6.7.3.	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	1,0	3,0

6.8.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий:		
6.8.1.	приведших к удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица;	-	-
6.8.2.	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).	0,4	-
6.9.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).		
6.9.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	-
6.9.2.	приведшее 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);	0,5	-
6.9.3.	приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	1,0	1,0
6.10.	Повторное обоснованное обращение застрахованного лица за оказанием скорой медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 24 часов.	1,0	-
6.11.	Действие или бездействие при оказании скорой медицинской помощи, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие язвенного заболевания).	0,9	1,0
6.12.	Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств - синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.н., связанное с риском для здоровья пациента и/или приведшее к удорожанию стоимости лечения.	0,3	-

6.13.	Наличие расхождений диагноза основного заболевания (травмы) скорой медицинской помощи и клинического диагноза, установленного в приемном отделении медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь на госпитальном этапе.	0,3	-
6.14.	Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу скорой медицинской помощи, без объективных причин.	1,0	-
6.15.	Дефекты оформления медицинской документации, препятствующие проведению медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления скорой медицинской помощи).	0,1	-
6.16.	Наличие признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление, с умышленным искажением сведения о проведенных диагностических и / или лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	0,9	-
6.17.	Несоответствие данных медицинской документации данным счета и реестра счетов на оплату скорой медицинской помощи, в том числе:		
6.17.1.	включение в счет и реестр счетов случаев, не подтвержденных медицинской документацией;	1,0	-
6.17.2.	несоответствие сроков лечения, согласно медицинской документации, срокам, указанным в реестре счета.	0,3	-
6.17.3.	несоответствие диагноза, согласно первичной медицинской документации, застрахованного лица диагнозу, указанному в реестре счета.	0,1	-
6.18.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:		
6.18.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	1,0	-
6.18.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	1,0	-
6.18.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;	1,0	-
6.18.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	1,0	-
6.18.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	1,0	-

6.18.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.	1,0	-
6.18.7.	несоответствие кода услуги диагнозу, полу, возрасту, профилю отделения	1,0	-
6.19.	Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации:		
6.19.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;	1,0	-
6.19.2.	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.);	1,0	-
6.19.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис ОМС на территории другого субъекта РФ;	1,0	-
6.19.4.	включение в реестры счетов случаев оказания скорой медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории Российской Федерации	1,0	-
6.20.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь.	1,0	-
6.21.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.	1,0	-
6.22.	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи:		
6.22.1.	Позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	1,0	-
6.22.2.	Дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре.	1,0	-

\* - подушевой норматив финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования определен Территориальной программой государственных

гарантий бесплатного оказания населению Амурской области медицинской помощи на 2016 год, утвержденной постановлением Правительства Амурской области от 29.12.2015 № 646.

\*\* - при способе оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования:

- стоимость каждого случая оказания медицинской помощи при проведении МЭЭ и ЭКМП определяется по действующим тарифам на оплату медицинской помощи (либо скорой медицинской помощи);

- санкции, определенные Разделом 5. «Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов», пунктов 6.18 - 6.22 Перечня, при проведении МЭЖ не применяются за исключением п. 5.3.3.