

## **СОГЛАШЕНИЕ**

о внесении изменений и дополнений в тарифное соглашение  
в системе обязательного медицинского страхования  
граждан в Оренбургской области на 2019 год

г. Оренбург

15 июля 2019г.

Настоящее соглашение о внесении изменений и дополнений в Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования граждан в Оренбургской области на 2019 год (далее – Соглашение, ТС) заключено между:

Министерством здравоохранения Оренбургской области в лице исполняющего обязанности министра Савиновой Татьяны Леонидовны,

Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Оренбургской области в лице директора Марковской Виктории Викторовны,

профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями) в лице председателя Оренбургской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Варавва Людмилы Борисовны,

медицинскими профессиональными некоммерческими организациями или их ассоциациями (союзами) в лице председателя правления Оренбургского регионального отделения общероссийской общественной организации «Российская медицинская ассоциация» Гильмутдинова Рината Гаптрауфовича,

страховыми медицинскими организациями, работающими в системе обязательного медицинского страхования Оренбургской области в лице, исполнительного директора филиала АО «МАКС-М» в г. Оренбурге Денисовой Елены Николаевны,

именуемыми в дальнейшем сторонами.

### **I. Предмет соглашения**

1. Предметом соглашения являются изменение и дополнение согласованных ранее сторонами позиций по оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам в Оренбургской области в рамках действующей Территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Программа ОМС) на основании решения Комиссии по разработке территориальной программы ОМС от 15.07.2019г. (протокол №15).

### **II. Вносимые изменения и дополнения**

2.1 В приложении 3.4:

- по строке 560220 ГБУЗ "Областная детская клиническая больница", в столбце «Уровень 2 подуровень 1» наименование отделения «Гастроэнтерологическое» заменить на «Нефрологическое»;

- по строке 560064 ГБУЗ "ГБ" г. Кувандыка, в столбце «Уровень 2 подуровень 2» исключить структурное подразделение «Кардиологическое (ММЦ)»;

- по строке 560069 ГБУЗ "Октябрьская районная больница", в столбце «Уровень 2 подуровень 2» исключить структурное подразделение «Кардиологические (ММЦ)»;

- по строке 560079 ГБУЗ "Сорочинская районная больница", в столбце «Уровень 2 подуровень 2» исключить структурное подразделение «Кардиологическое (ММЦ)».

2.2 Приложение 8 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции в соответствии с приложением 1 к настоящему соглашению.

### **III. Заключительные положения**

3.1 Соглашение вступает в силу:

- в части пп.2.1 – с 01.08.2019г.;

- в части пп.2.2 - с 01.07.2019г.

#### **Подписи сторон:**

От Министерства здравоохранения  
области:

И.о. министра -  
М.П.



Т.Л.Савинова

От ТФОМС Оренбургской области:

Директор  
М.П.



В.В.Марковская

От медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов) и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций):

Председатель Оренбургской областной  
организаций профсоюза работников  
здравоохранения Российской Федерации  
М.П.



Л.Б.Варавва



Председатель правления Оренбургского  
регионального отделения общероссийской  
общественной организации «Российская  
медицинская ассоциация»  
М.П.

Р.Г. Гильмутдинов

От Страховых медицинских организаций:



Исполнительный директор  
филиала АО «МАКС - М»  
в г. Оренбурге  
М.П.

Е.Н.Денисова

Приложение 1  
к Соглашению о внесении изменений и  
дополнений в Тарифное соглашение  
в системе ОМС Оренбургской области  
на 2019 год от "15" июля 2019г.

Приложение 8  
к Тарифному соглашению  
в системе ОМС Оренбургской области  
на 2019 год от "27" декабря 2018г.

Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и размер санкций, применяемых к медицинским организациям в рамках отношений по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на 2019 год

Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)		Санкции	
№ п/п	Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи	Размер штрафа
Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц			
1.1.	Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи, в том числе:		
1.1.1.	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;		0,3 x размер подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
1.1.2.	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;		0,3 x размер подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
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, несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения;		0,3 x размер подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
1.1.4.	невключение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения;		



1.2. Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, в том числе:	
1.2.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания,
1.2.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания
1.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором
1.3.1.	не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания,
1.3.2.	повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, 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).
1.4.	Взымание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования
1.5.	Приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, в период оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, и(или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.
Раздел 2. Отсутствие информирования застрахованных лиц	
2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет
2.2.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации, в том числе:
2.2.1.	о режиме работы медицинской организации
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,
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи
2.2.4.	о критериях доступности и качества медицинской помощи.

2.2.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов,		0,3 х размер подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
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% скидкой со свободных цен		0,3 х размер подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
2.3.	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях		1,0 х размер подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н,
2.4.	<b>Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:</b>		
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации		0,3 х размер подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
2.4.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи		0,3 х размер подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
2.4.3.	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации		0,3 х размер подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
2.4.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи		0,3 х размер подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
2.4.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов,		0,3 х размер подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
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 пятидесяти процентной скидкой,		0,3 х размер подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
<b>Раздел 3. Нарушения при оказании медицинской помощи</b>			
3.1.	Случаи нарушения врачебной этики деонтологией медицинскими работниками (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц)	0,1 х размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	1,0 х размер подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
3.2.	<b>Несвоевременное или ненадлежащее выполнение обязанностей по оказанию медицинской помощи и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками</b>		
3.2.1.	не появившееся на состояние здоровья застрахованного лица	0,1 х размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	



3.2.2.	<b>привелшее к удлинению</b> сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством РФ случаях);	<b>0,3 x размер тарифа</b> на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
3.2.3.	<b>привелшее к ухудшению</b> состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством РФ случаях);	<b>0,4 x размер тарифа</b> на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
3.2.4.	<b>приведшее к инвалидизации</b> (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством РФ случаях);	<b>0,9 x размер тарифа</b> на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	1,0 x размер подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
3.2.5.	<b>приведшее к летальному исходу</b> (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством РФ случаях);	<b>1,0 x размер тарифа</b> на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	3,0 x размер подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
3.2.6.	рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении указанными центрами консультаций/консилиумов с применением консультаций с применением телемедицинских технологий, при необоснованном невыполнении данных рекомендаций;		
3.3.	<b>Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами</b>		
3.3.1.	<b>приведшее к ухудшению</b> состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);		
3.4.	<b>Преждевременное</b> с клинической точки зрения прекращение оказания медицинской помощи при отсутствии клинического эффекта (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	<b>0,5 x размер тарифа</b> на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
3.5.	<b>Нарушения</b> при оказании медицинской помощи (в частности, преждевременная выписка из медицинской организации), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обостренное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение тридцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, стационарно (повторная госпитализация), повторный вызов скорой медицинской помощи в течение двадцати четырех часов от момента предшествующего вызова.	<b>0,3 x размер тарифа</b> на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	

3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в оказании медицинской помощи (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков оказания медицинской помощи и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	<b>0,8 x размер тарифа</b> на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	1,0 x размер подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
3.7.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний ( <b>исобоснованная госпитализация</b> ), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре.	<b>0,7 x размер тарифа</b> на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	0,3 x размер подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
3.8.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля ( <b>непрофильная госпитализация</b> ), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.	<b>0,6 x размер тарифа</b> на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
3.9.	<b>Повторное</b> посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании медицинской помощи амбулаторно, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях.		
3.10.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов, одновременное назначение аналогичных лекарственных препаратов, связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию оказания медицинской помощи.	<b>0,3 x размер тарифа</b> на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
3.11.	Невыполнение по вине медицинской организации патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством		
3.12.	<b>Наличие расхождений клинического и патологоанатомического</b> диагнозов 2 - 3 категорий вследствие нарушений при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи.	<b>0,9 x размер тарифа</b> на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	1,0 x размер подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
<b>Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации</b>			
4.1.	Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.	<b>1,0 x размер тарифа</b> на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	1,0 x размер подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
4.2.	<b>Отсутствие</b> в медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, <b>позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица</b> , объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи.	<b>0,1 x размер тарифа</b> на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
4.3.	Отсутствие в документации <b>информированного добровольного</b> согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях.	<b>0,1 x размер тарифа</b> на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	



4.4.	Наличие <b>признаков искажения сведений</b> , представленных в медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переформатирование с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	<b>0,5 x размер тарифа</b> на оплату медицинской помощи, действующий 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.).	<b>1,0 x размер тарифа</b> на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
4.6.	<b>Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:</b>		
4.6.1.	Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы	разница тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить	0,3 x размер подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
4.6.2.	Включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу	<b>1,0 x размер тарифа</b> на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	1,0 x размер подушевого норматива финансирования в соответствии с п. 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н
<b>Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов</b>			
5.1.	<b>Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:</b>		
5.1.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета	<b>1,0 x размер тарифа</b> на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме представленной медицинской помощи по реестру счетов	<b>1,0 x размер тарифа</b> на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению, в том числе отсутствие указаний о включении в группу диспансерного наблюдения лица, которому установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение;	<b>1,0 x размер тарифа</b> на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов	<b>1,0 x размер тарифа</b> на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
5.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку)	<b>1,0 x размер тарифа</b> на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
5.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты	<b>1,0 x размер тарифа</b> на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
5.2.	<b>Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации, в том числе:</b>		
5.2.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией	<b>1,0 x размер тарифа</b> на оплату медицинской помощи, действующий 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 обязательного медицинского страхования, адресе и т.д.)	<b>1,0 x размер тарифа</b> на оплату медицинской помощи, действующий на дату 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	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
5.2.4.	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах;	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
5.2.5.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по обязательному медицинскому страхованию на территории Российской Федерации.	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
5.3.	<b>Нарушения, связанные с включением в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования, в том числе:</b>		
5.3.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
5.3.2.	Предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
5.3.3.	Включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования).	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
5.4.	<b>Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь, в том числе:</b>		
5.4.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий 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	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
5.5.	<b>Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегитимированных видов медицинской деятельности, в том числе:</b>		
5.5.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	
5.5.2.	Предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату 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)	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату 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	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи	

Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи, в том числе:	
5.7.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, который был оплачен ранее)
5.7.1.	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи
5.7.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре
5.7.3.	стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предоставляемой к оплате медицинской организацией
5.7.4.	Стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное в системе обязательного медицинского страхования
5.7.5.	Включения в реестр счетов медицинской помощи: - амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара, дневного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, дневного стационара, а также консультаций в других медицинских организациях); - дней лечения застрахованного лица в условиях дневного стационара в период пребывания пациента в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях).
5.7.6.	Включение в реестр счетов нескольких страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана застрахованному лицу стационарно в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.
5.8.	Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом.
	1,0 x размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи