

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

		Сумма, не подлежащая оплате, уменьшение оплаты, возмещение	Размер 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	-	пятьдесят процентов размера среднего подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования*
1.1.2.	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации	-	пятьдесят процентов размера среднего подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
1.1.3.	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке	-	пятьдесят процентов размера среднего подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
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	-	пятьдесят процентов размера среднего подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
1.2.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания	-	триста процентов размера среднего подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
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	-	пятьдесят процентов размера среднего подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
1.3.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания	-	триста процентов размера среднего подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования

1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц (в рамках добровольного медицинского страхования или в виде оказания платных услуг) за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.	десять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи + возврат медицинской организацией застрахованному лицу денежных средств в полном объеме по выставленной претензии	сто процентов возврат средств, необоснованно затраченных застрахованным лицом
1.5.	Приобретение пациентом лекарственных средств и изделий медицинского назначения в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств», «Формуляр лечения стационарного больного», согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи.	десять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи + возврат медицинской организацией застрахованному лицу денежных средств в полном объеме по выставленной претензии	сто процентов возврат средств, необоснованно затраченных застрахованным лицом
<b>Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения</b>			
2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети «Интернет».	-	десять процентов размера среднего подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
2.2.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети «Интернет» следующей информации:		
2.2.1.	о режиме работы медицинской организации	-	десять процентов размера среднего подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования

2.2.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Амурской области бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи	-	десять процентов размера среднего подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи	-	десять процентов размера среднего подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
2.2.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи	-	десять процентов размера среднего подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
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	-	десять процентов размера среднего подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
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	-	десять процентов размера среднего подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
2.3.	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях.	-	десять процентов размера среднего подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования

2.4.	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:		
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации	-	десять процентов размера среднего подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
2.4.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Амурской области бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи	-	десять процентов размера среднего подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
2.4.3.	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации	-	десять процентов размера среднего подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
2.4.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи	-	десять процентов размера среднего подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
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	-	десять процентов размера среднего подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования

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	-	десять процентов размера среднего подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
<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).	-	пятьдесят процентов размера среднего подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи:		
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица	десять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
3.2.2.	приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) отсутствия письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях)	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
3.2.3.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-

3.2.4.	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	сто процентов размера среднего подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
3.2.5.	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	триста процентов размера среднего подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
3.2.6.	создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
3.2.7.	невыполнение диагностических мероприятий при проведении комплексного обследования в Центрах здоровья, диспансеризации отдельных категорий населения.	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий:		
3.3.1.	приведших к удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица	десять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
3.3.2.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
3.3.3.	создавшее риск прогрессирования имеющегося у застрахованного лица заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке)	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-

3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания 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).	двадцать пять процентов стоимости за каждый случай первичного и повторного оказания медицинской помощи	-
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния 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.	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.	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания 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.	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания 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 в рамках стандартов медицинской помощи.	десять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, приведший к удлинению сроков лечения, увеличению количества посещений	-
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 стоимости каждого случая, предъявленного к оплате повторно	-
3.11.	Действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания).	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	сто процентов размера среднего подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования, возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания
3.12.	Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств – синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п.:		
3.121	- приведшее к удорожанию лечения без развития осложнений для здоровья пациента.	двадцать пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
3.122	- приведшее к удорожанию лечения, развитию осложнений и/или ухудшению состояния здоровья пациента.	сорок процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-

3.13.	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.	-	двадцать пять процентов размера среднего подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
3.14.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории (за исключением досудочной летальности).	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	пятьдесят процентов размера среднего подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
3.15.	Некачественное выполнение стоматологических манипуляций, приведших к повторному обращению к стоматологу в период действия гарантированного срока (6 месяцев) на сохранность пломбы.	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
3.16.	Отсутствие динамического наблюдения за больным в процессе лечения, не приведшее к ухудшению состояния здоровья или развитию осложнений.	пятнадцать процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
3.17.	Отсутствие динамического наблюдения за больным в процессе лечения, приведшее к ухудшению состояния или развитию осложнений.	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
<b>Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации</b>			
4.1.	Непредоставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	десять процентов размера среднего подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
4.2.	Дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи).	десять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской 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.	двадцать пять процентов стоимости за каждый случай оказания 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).	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	пятьдесят процентов размера среднего подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования
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 стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:		
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.	несоответствие сроков лечения, согласно первичной медицинской документации застрахованного лица, срокам, указанным в реестре счета	двадцать пять процентов стоимости за каждое посещение или пациенто-день, не подтвержденные первичной медицинской документацией	-
4.6.3.	включение в реестр счетов на оплату амбулаторно-поликлинической помощи (в том числе стоматологических услуг) непоказанной или неподтвержденной первичной медицинской документацией.	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской услуги	-
4.6.4.	несоответствие диагноза, согласно первичной медицинской документации застрахованного лица, диагнозу, указанным в реестре счета	десять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской услуги	

4.7.	Необоснованный отказ администрации медицинской организации в проведении медико–экономической экспертизы, экспертизы качества оказания медицинской помощи.	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи.	-
4.8.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
4.9.	Отсутствие в первичной медицинской документации при плановой госпитализации направления, оформленного в установленном порядке лечащим врачом	десять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
<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	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.1.2.	сумма счета не соответствует 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.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку)	сто процентов 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 стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-

5.1.7.	несоответствие кода услуги диагнозу, полу, возрасту, профилю отделения	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.1.8.	услуга оказана в нерабочий день, за исключением случаев, оформленных приказом администрации медицинской организации	сто процентов 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 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 стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившего полис ОМС на территории другого субъекта РФ	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.2.4.	наличие в реестре счета 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, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории РФ	сто процентов 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 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	семьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-

5.3.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования)	сто процентов 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 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 (по результатам МЭК); сумма превышения стоимости оказанной медицинской помощи (по результатам МЭЭ и ЭКМП)	-
5.5.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности:		
5.5.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации	сто процентов 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 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 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 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 стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.7.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре	сто процентов 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 стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенных в реестр счетов необоснованно	-
5.7.4.	стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованных в системе ОМС	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.7.5.	включения в реестр счетов медицинской помощи: - амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара); - пациенто - дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской 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 стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр необоснованно	-

\* - средний подушевой норматив финансирования Территориальной программы обязательного медицинского страхования определен Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Амурской области медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов, утвержденной постановлением Правительства Амурской области от 29.12.2012 № 794.

\*\* - при способе оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования финансовые санкции, определенные Разделом 5. «Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов» Перечня, при проведении МЭК не применяются.