

**Приложение 8 Приказа ФФОМС от 01.12.2010 N 230 (ред. от 22.02.2017)
"Об утверждении Порядка организации и проведения контроля
объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской
помощи по обязательному медицинскому страхованию"
(Зарегистрировано в Минюсте России 28.01.2011 N 19614)**

**ПЕРЕЧЕНЬ
ОСНОВАНИЙ ДЛЯ ОТКАЗА В ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
(УМЕНЬШЕНИЯ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ)**

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;
 - 1.1.2. на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;
 - 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.
- 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;
 - 1.2.2. 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 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;
 - 1.3.2. 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).
- 1.4. Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.
- 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.

Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения

- 2.1. Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет.
- 2.2. Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации:
 - 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 показателях доступности и качества медицинской помощи;
 - 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;
 - 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.
- 2.3. Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях.
- 2.4. Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:
 - 2.4.1. о режиме работы медицинской организации;
 - 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;
 - 2.4.3. о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;
 - 2.4.4. о показателях доступности и качества медицинской помощи;
 - 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;
 - 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.

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).

- 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;
 - 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);
 - 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);
 - 3.2.4. приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);
 - 3.2.5. приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).
- 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. исключен. - Приказ ФФОМС от 29.12.2015 N 277;
 - 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).
- 3.4. Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).
- 3.5. Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, дефекты лечения, преждевременная выписка), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 15 дней со дня завершения амбулаторного лечения; повторная госпитализация в течение 30 дней со дня завершения лечения в стационаре; повторный вызов скорой медицинской помощи в течение 24 часов от момента предшествующего вызова.
- 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.
- 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.
- 3.8. Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме

случаев госпитализации по неотложным показаниям.

- 3.9. Утратил силу. - Приказ ФФОМС от 21.07.2015 N 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.
- 3.11. Утратил силу. - Приказ ФФОМС от 22.02.2017 N 45.
- 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.
- 3.13. Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.
- 3.14. Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории вследствие дефектов при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи.

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.
- 4.2. Отсутствие в первичной медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной 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.
- 4.4. Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление истории болезни с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).
- 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.).
- 4.6. Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов.
 - 4.6.1. утратил силу. - Приказ ФФОМС от 21.07.2015 N 130.
 - 4.6.1. Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы.
 - 4.6.2. утратил силу. - Приказ ФФОМС от 21.07.2015 N 130.

4.6.2. Включение в счет на оплату медицинской помощи/медицинских услуг при отсутствии в медицинском документе сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи пациенту.

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;
 - 5.1.2. сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;
 - 5.1.3. наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;
 - 5.1.4. некорректное заполнение полей реестра счетов;
 - 5.1.5. заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);
 - 5.1.6. дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.
- 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;
 - 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.);
 - 5.2.3. включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис ОМС на территории другого субъекта РФ;
 - 5.2.4. наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах;
 - 5.2.5. включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории РФ.
- 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;
 - 5.3.2. Предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы;
 - 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).
- 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;
 - 5.4.2. Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.
- 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;
- 5.5.2. Предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации;
- 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).
- 5.6. Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю 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);
 - 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 предъявленной к оплате медицинской организацией;
 - 5.7.4. Стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованное в системе ОМС.
 - 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, 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.