

# ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВАНИЙ ДЛЯ ОТКАЗА В ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (УМЕНЬШЕНИИ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ). ПРИЛОЖЕНИЕ №8 К ПРИКАЗУ ФФОМС ОТ 28.02.2019 №36

Приложение 8  
к Порядку организации и проведения  
контроля объемов, сроков, качества и  
условий предоставления медицинской  
помощи по обязательному  
медицинскому страхованию

## Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)

Код  
нарушения/  
дефекта

Перечень оснований

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, 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;

- 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 ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;
    - 1.2.2. повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, 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 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. 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, 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.
-

[Распоряжение Правительства Российской Федерации от 10 декабря 2018 г. N 2738-р](#) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2018, N 51, ст.8075).

[Распоряжение Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2018 г. N 3053-р](#) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, N 2, ст.196).

## 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 бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее -территориальная программа), 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;
  - 2.2.6. о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой.

---

В соответствии с [пунктом 5 части 2 статьи 81 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»](#) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст.6724; 2013 N 48, ст.6165; 2014, N 49, ст.6927).

- 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 бесплатного оказания гражданам 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 критериях доступности и качества медицинской помощи;
  - 2.4.5. о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;
  - 2.4.6. о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой.

### Раздел 3. Нарушения при оказании медицинской помощи

- 3.1. Случаи нарушения врачебной этики и деонтологии медицинскими работниками (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, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:
  - 3.2.1. не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;

- 3.2.2. приведшее к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях).

---

В соответствии со [статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»](#) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст.6724; 2017, N 31, ст.4791; 2013, N 48, ст.6165; 2019, N 10, ст.888).

- 3.2.3. 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 медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);
- 3.2.4. приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);
- 3.2.5. приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);
- 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. Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий:
- 3.3.1. 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 медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях).
- 3.4. Преждевременное 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).

- 3.5. Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, преждевременная выписка из медицинской организации), 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 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.
- 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.
- 3.7. Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре.
- 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. Повторное 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.
- 3.11. Невыполнение по вине медицинской организации патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.

---

В соответствии со [статьей 67 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»](#) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст.6724).

- 3.12. Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории вследствие нарушений при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи.

#### Раздел 4. Дефекты оформления медицинской документации в медицинской организации

- 4.1. Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.
- 4.2. Отсутствие в 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 документации информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях.

---

В соответствии со [статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»](#) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст.6724; 2017, N 31, ст.4791; 2013, N 48, ст.6165; 2019, N 10, ст.888).

- 4.4. Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление 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 медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:
- 4.6.1. Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы.
- 4.6.2. Включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу.

## 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, в том числе отсутствие указаний о включении в группу диспансерного наблюдения лица, которому установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение;
  - 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, в том числе:
  - 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 обязательного медицинского страхования, адресе и т.д.);
  - 5.2.3. включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис обязательного медицинского страхования на территории другого субъекта Российской Федерации;
  - 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 обязательному медицинскому страхованию на территории Российской Федерации.
- 5.3. Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в территориальную программу обязательного медицинского страхования, в том числе:



- 5.3.1. Включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования;
- 5.3.2. Предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;
- 5.3.3. Включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования).
- 5.4. Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе:
  - 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 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, в том числе:
  - 5.5.1. Включение в реестр счетов страховых случаев 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 на осуществление медицинской деятельности;
  - 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 страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.
- 5.7. Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе:

- 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 медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной 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.