

**I. Перечень оснований
для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)**

№ п/п	Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Примечание
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 (далее - территориальная программа ОМС);	
1.1.2.	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;	Согласие или несогласие врача должно быть зафиксировано на заявлении застрахованного лица.
1.1.3.	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке.	
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 ОМС.	При не возможности оказания медицинской помощи в установленные сроки, врач

		обязан проинформировать пациента о возможности бесплатного оказания медицинской помощи в иных МО и выдать направление установленной формы. Запись о выданном направлении вносится в первичную медицинскую документацию.
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 препаратов», 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.	При выявлении нарушений по разделу 2 одной из СМО, другая СМО, выявившая нарушения позже, не имеет права применять финансовые санкции до истечения срока предписания по устранению выявленных нарушений, выданного СМО, проводившей проверку ранее.
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;	Информация должна соответствовать Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания

		гражданам медицинской помощи (далее – Территориальная программа).
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;	Информация должна соответствовать Территориальной программе.
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.	Информация должна соответствовать Территориальной программе.
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;	Информация должна соответствовать Территориальной программе.
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;	Информация должна соответствовать Территориальной программе.
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.	Информация должна соответствовать Территориальной программе.
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:	При отсутствии утвержденных порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи экспертиза качества

		медицинской помощи проводится в соответствии с клиническими протоколами ведения больных и сложившейся клинической практике.
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.	приведших к удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица;	
3.3.2.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	
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.	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).	
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.	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 рамках стандартов медицинской помощи.	Утратил силу. – Приказ ФФОМС от 21.07.2015 № 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.	Действие и бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания).	
3.12.	Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных препаратов – 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.	Штраф применяется только при наличии расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 3 категории.
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.	Дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи).	
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 фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление истории болезни, с умышленным 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.	
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 оказанной медицинской помощи по реестру счетов;	Оплата после приведения в соответствие в течение 3 дней
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;	Медицинская организация предъявляет счет в Территориальный фонд ОМС РА по случаю оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис 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;	Оплата объемов медицинской помощи, превышающих плановые показатели, осуществляется по решению Комиссии.
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 нелегитимных 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 по ОМС;	
5.7.5.	включение 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); - случая лечения 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.	