

## ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

### ПРИКАЗ

от 28 февраля 2019 года N 36

#### Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

Приложение 8  
к Порядку организации и проведения  
контроля объемов, сроков, качества и  
условий предоставления медицинской  
помощи по обязательному  
медицинскому страхованию  
(утв. Приказом ФОМС от 28.02.2019 №36)

#### 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 бригаад 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 <sup>21</sup> , и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека <sup>22</sup> , на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.
<p><sup>21</sup> <a href="#">Распоряжение Правительства Российской Федерации от 10 декабря 2018 г. N 2738-р</a> (Собрание законодательства Российской Федерации, 2018, N 51, ст.8075).</p> <p><sup>22</sup> <a href="#">Распоряжение Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2018 г. N 3053-р</a> (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, N 2, ст.196).</p>	
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 <sup>23</sup> .

<p><sup>23</sup> В соответствии с <a href="#">пунктом 5 части 2 статьи 81 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"</a> (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст.6724; 2013 N 48, ст.6165; 2014, N 49, ст.6927).</p>	
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 <sup>24</sup> ).
<p><sup>24</sup> В соответствии со <a href="#">статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"</a> (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст.6724; 2017, N 31, ст.4791; 2013, N 48, ст.6165; 2019, N 10, ст.888).</p>	
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 <sup>25</sup> .
<p><sup>25</sup> В соответствии со <a href="#">статьей 67 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"</a>. (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст.6724).</p>	
3.12.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории вследствие нарушений при оказании медицинской помощи, установленных по результатам

	экспертизы качества медицинской помощи.
<b>Раздел 4. Дефекты оформления медицинской документации в медицинской организации</b>	
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 <sup>26</sup> или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях.
<sup>26</sup> В соответствии со <a href="#">статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"</a> (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.
<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;
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.

Электронный текст документа  
подготовлен АО "Кодекс" и сверен по:  
Официальный интернет-портал  
правовой информации  
www.pravo.gov.ru, 18.06.2019,  
N 0001201906180042

[Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию \(Источник: ИСС "КОДЕКС"\)](#)