

**О внесении изменений  
в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные  
приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28  
февраля 2019 г. № 108н, и Порядок проведения контроля объемов, сроков,  
качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному  
медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового  
обеспечения, утвержденный приказом Министерства здравоохранения  
Российской Федерации от 19 марта 2021 г. № 231н**

В соответствии с частью 1 статьи 40 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2020, № 50, ст. 8075) и подпунктом 5.2.136<sup>3</sup> Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. № 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 26, ст. 3526; 2020, № 52, ст. 8827), п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить прилагаемые изменения, которые вносятся в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 мая 2019 г., регистрационный № 54643), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 апреля 2020 г. № 299н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 апреля 2020 г., регистрационный № 58074), от 25 сентября 2020 г. № 1024н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 октября 2020 г., регистрационный № 60369), от 10 февраля 2021 г. № 65н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 марта 2021 г., регистрационный № 62797), от 26 марта 2021 г. № 254н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 22 апреля 2021 г., регистрационный № 63210), от 1 июля 2021 г. № 696н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный № 64445) и от 3 сентября 2021 г. № 908н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 октября 2021 г., регистрационный № 65295), и Порядок проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. № 231н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2021 г., регистрационный № 63410), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 июля 2021 г. № 696 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный № 64445) (далее – Изменения).

2. Подпункт 9 пункта 2 Изменений вступает в силу с 1 июля 2022 г.

Министр

М.А. Мурашко

УТВЕРЖДЕНЫ

приказом Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_ г. № \_\_\_\_\_

**Изменения,  
которые вносятся в Правила обязательного медицинского страхования,  
утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской  
Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н, и Порядок проведения контроля  
объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по  
обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее  
финансового обеспечения, утвержденный приказом Министерства  
здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. № 231н**

1. В приложении № 5 к Правилам обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 мая 2019 г., регистрационный № 54643), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 апреля 2020 г. № 299н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 апреля 2020 г., регистрационный № 58074), от 25 сентября 2020 г. № 1024н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 октября 2020 г., регистрационный № 60369), от 10 февраля 2021 г. № 65н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 марта 2021 г., регистрационный № 62797), от 26 марта 2021 г. № 254н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 22 апреля 2021 г., регистрационный № 63210), от 1 июля 2021 г. № 696н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный № 64445) и от 3 сентября 2021 г. № 908н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 октября 2021 г., регистрационный № 65295):

1) пункт 1.2 раздела 1 в графе «Перечень оснований» дополнить словами «(в случае, если установление диагноза и постановка на диспансерное наблюдение должно быть осуществлено в рамках одного случая оказания медицинской помощи)»;

2) в пункте 1.6.2 раздела 1 в графе «Перечень оснований» слова «решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования» заменить словами «медицинской организации в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании»;

3) в пункте 1.6.3 раздела 1 в графе «Перечень оснований» слова «решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования» заменить словами «медицинской организации в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании»;

4) в пункте 1.7.1 раздела 1 в графе «Перечень оснований» слова «отсутствующим в тарифном соглашении» заменить словами «неустановленным в

соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании»;

5) в пункте 1.7.2 раздела 1 в графе «Перечень оснований» слова «утвержденным в тарифном соглашении» заменить словами «установленным в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании»;

6) пункт 1.8.2 раздела 1 в графе «Перечень оснований» дополнить словами «по случаям оказания медицинской помощи, завершившимся после прекращения действия лицензии медицинской организации»;

7) пункты 2.3, 2.3.1 - 2.3.3, 2.4 - 2.6 раздела 2 признать утратившими силу;

8) пункт 2.7 раздела 2 в графе «Перечень оснований» после слов «с длительностью три дня и менее» дополнить словами «(за исключением случаев, связанных с патологией беременности и родами)»;

9) пункт 2.12 раздела 2 в графе «Перечень оснований» изложить в следующей редакции:

«Непредставление медицинской документации, учетно-отчетной документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации, а также результатов внутреннего и внешнего контроля медицинской организации, безопасности оказания медицинской помощи без объективных причин в течение 10 рабочих дней после получения медицинской организацией соответствующего запроса от Федерального фонда обязательного медицинского страхования или территориального фонда обязательного медицинского страхования, или страховой медицинской организации, или специалиста-эксперта, эксперта качества медицинской помощи, действующего по их поручению.»;

10) в пункте 2.16.1 раздела 2 в графе «Перечень оснований» слова «выше тарифа, установленного тарифным соглашением» заменить словами «не соответствует тарифу, установленному законодательством об обязательном медицинском страховании»;

11) раздел 2 дополнить пунктом 2.16.3. следующего содержания:

«

2.16.1.	некорректное (неполное) отражение в реестре счета сведений медицинской документации	1	
---------	---	---	--

»;

12) графу «Перечень оснований» пункта 3.1. раздела 3 изложить в следующей редакции:

«Установление неверного диагноза, связанное с невыполнением, несвоевременным или ненадлежащим выполнением 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 по результатам проведенного диспансерного наблюдения, с учетом рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий.»;

13) графу «Перечень оснований» пункта 3.10 раздела 3 изложить в следующей

редакции:

«Наличие расхождений клинического и патолого-анатомического диагнозов 2-3 категории, обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований (за исключением оказания медицинской помощи в экстренной форме).»;

14) в пункте 3.13 раздела 3 в графе «Перечень оснований» слова «клиническим рекомендациям и стандартам медицинской помощи» заменить словами «с учетом стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций»;

15) раздел 3 дополнить пунктами 3.14, 3.14.1-3.14.3, 3.15, 3.15.1-3.15.3 следующего содержания:

«

3.14.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, в том числе:		
3.14.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;		1
3.14.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья;		2
3.14.3.	приведший к летальному исходу.		3
3.15.	Непроведение диспансерного наблюдения застрахованного лица (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения), включенного в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в указанный порядок исследований, в том числе:		
3.15.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;		1
3.15.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения);		2
3.15.3.	приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения).		3

».

2. В Порядке проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения,

утвержденном приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. № 231н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2021 г. № 63410), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 июля 2021 г. № 696 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный № 64445):

1) в абзаце третьем подпункта 3 пункта 6 после слов «порядками оказания медицинской помощи» дополнить словами «(за исключением стандартов оснащения и штатных нормативов медицинской организации, ее структурных подразделений) (далее – порядок оказания медицинской помощи)»;

2) пункт 8 изложить в следующей редакции:

«8. Контроль оказания застрахованному лицу медицинской помощи осуществляется с использованием сведений, размещенных в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования, региональных информационных системах обязательного медицинского страхования, единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, государственных информационных системах в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации (далее соответственно – ЕГИСЗ, ГИСЗ), данных первичной медицинской документации, учетно-отчетной документации медицинской организации, результатов внутреннего и ведомственного (при наличии) контроля качества и безопасности медицинской деятельности.»;

3) сноску «2» к пункту 8 исключить;

4) пункты 10 – 11 изложить в следующей редакции:

«10. Медико-экономический контроль проводится:

1) Федеральным фондом обязательного медицинского страхования – в соответствии с договором в рамках базовой программы;

2) территориальным фондом – в соответствии с договором по обязательному медицинскому страхованию.

11. При медико-экономическом контроле оценивается:

1) соответствие объемов и стоимости оказанной медицинской организацией медицинской помощи объемам предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, распределенным медицинской организации решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (для медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования);

2) соответствие объемов и стоимости оказанной медицинской организацией медицинской помощи распределенным данной медицинской организации в соответствии с порядком, утверждаемым Правительством Российской Федерации в соответствии с частью 3<sup>2</sup> статьи 35 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» объемам предоставления медицинской помощи (для медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»);

3) соответствие предъявленных на оплату счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи (далее – реестр счета) требованиям к их предъявлению и оформлению, установленным нормативными правовыми актами в сфере обязательного медицинского страхования и договорами по обязательному медицинскому страхованию или договорами в рамках базовой программы;

4) действительность полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица на дату оказания медицинской помощи, а также соответствие персональных данных застрахованного лица, приведенных в реестре счета, сведениям, размещенным в едином регистре застрахованных лиц;

5) соответствие видов, форм и условий оказания медицинской помощи видам, формам и условиям оказания медицинской помощи, предусмотренным территориальной программой обязательного медицинского страхования и распределенным решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования медицинской организации (для медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования), видам, формам и условиям оказания медицинской помощи, предусмотренным базовой программой обязательного медицинского страхования в целях финансового обеспечения, осуществляемого в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», и распределенным данной медицинской организации в соответствии с порядком, утверждаемым Правительством Российской Федерации в соответствии с частью 3<sup>2</sup> статьи 35 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (для медицинской помощи, оказываемой по договору в рамках базовой программы), видам, формам и условиям оказания медицинской помощи, предусмотренным базовой программой обязательного медицинского страхования и лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности (для медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования);

6) наличие у медицинской организации заключенного в соответствии с законодательством Российской Федерации в сфере обязательного медицинского договора по обязательному медицинскому страхованию и (или) договора в рамках базовой программы, во исполнение которого (которых) медицинской организации предъявляются счета и реестры счетов;

7) корректность и обоснованность применения тарифов на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, установленных в соответствии с частью 2 статьей 30 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (для медицинской помощи, оказанной в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, и медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования), или в соответствии с частью 3<sup>1</sup> статьи 30 Федерального закона «Об обязательном медицинском

страховании в Российской Федерации» (для медицинской помощи, оказываемой по договору в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования);

8) корректность и обоснованность применения способа оплаты медицинской помощи, установленного в тарифном соглашении для медицинской организации (для медицинской помощи, оказанной в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, и медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования).»;

5) дополнить пунктами 11.1 и 11.2 следующего содержания:

«11.1. В рамках медико-экономического контроля определяется страховая медицинская организация, в которой застраховано лицо, которому оказана медицинская помощь.

11.2. В рамках медико-экономического контроля осуществляется выявление следующих случаев оказания медицинской помощи для последующей организации проведения по ним медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества медицинской помощи:

1) невключения или несвоевременного включения в группу диспансерного наблюдения застрахованных лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение, а также несоблюдения установленной периодичности осмотров граждан, включенных в группы диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения<sup>4</sup>;

2) оказания онкологической медицинской помощи;

3) лечения застрахованных лиц с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 на всех этапах оказания медицинской помощи (U07.1, U07.2);

4) госпитализации застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (далее – непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации для оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной форме;

5) повторных обращений по поводу одного и того же заболевания: в течение четырнадцати дней – при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях; в течение тридцати дней – при оказании медицинской помощи в стационарных условиях (за исключением случаев медицинской помощи, предусматривающих цикличность ее оказания);

6) направления на оказание и оказание медицинской помощи с применением экстракорпорального оплодотворения;

7) оказания медицинской помощи с летальным исходом, в том числе поданных на оплату за счет средств обязательного медицинского страхования без указания в реестре счета признака летального исхода, по которым территориальный фонд/Федеральный фонд имеет сведения о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи.»;

б) пункт 12 изложить в следующей редакции:

«12. Выявленные в реестрах счетов нарушения отражаются в заключениях

о результатах медико-экономического контроля по случаю оказания медицинской помощи и по счету на оплату медицинской помощи по форме, установленной Федеральным фондом<sup>5</sup>, с указанием суммы неоплаты и (или) уменьшения оплаты оказанной медицинской помощи и суммы выставленных штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.»;

7) подпункты 3 и 4 пункта 13 признать утратившими силу.

8) дополнить пунктом 13.1 следующего содержания:

«13.1. В случае получения территориальным фондом/Федеральным фондом от медицинской организации в соответствии с пунктом 71.1 настоящего Порядка протокола разногласий на заключение по результатам медико-экономического контроля, при обнаружении ошибок и недочетов при проведении медико-экономического контроля, а также в случае выявления некорректного применения тарифов на оплаты медицинской помощи территориальный фонд/Федеральный фонд в течение пятнадцати рабочих дней со дня выявления указанных фактов проводит повторный медико-экономический контроль.

Результаты повторного медико-экономического контроля оформляются и направляются в медицинскую организацию в порядке, предусмотренном настоящим Порядком для результатов медико-экономического контроля.»;

9) пункт 14 изложить в следующей редакции:

«14. Медико-экономическая экспертиза - установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объемов медицинской помощи, предъявленных к оплате, записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации<sup>6</sup>.»;

10) пункт 15 изложить в следующей редакции:

«15. Медико-экономическая экспертиза проводится специалистом-экспертом, функции которого определены пунктом 95 настоящего Порядка.

Специалист-эксперт не привлекается к медико-экономической экспертизе в медицинской организации, с которой он состоит в трудовых или иных договорных отношениях, и обязан отказаться от проведения медико-экономической экспертизы в случаях, когда пациент является (являлся) его родственником или пациентом, в лечении которого специалист-эксперт принимал участие.»;

11) подпункт 4 пункта 17 изложить в следующей редакции:

«4) соблюдение при оказании медицинской помощи рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, данных при проведении консультаций/консилиумов, с применением телемедицинских технологий медицинскими работниками федеральных государственных учреждений, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, участвующих в реализации федерального проекта «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий» национального проекта «Здравоохранение» (далее в целях настоящего Порядка – национальные медицинские исследовательские центры), в том числе наличие соответствующих записей лечащего врача в медицинской документации.»;

12) подпункт 6 пункта 18 изложить в следующей редакции:

«б) наличие в первичной медицинской документации и (или) в региональной информационной системе обязательного медицинского страхования сведений о рекомендациях медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, данных при проведении телемедицинских консультаций/консилиумов;»;

13) пункт 20 изложить в следующей редакции:

«20. Плановая медико-экономическая экспертиза проводится по медицинской помощи, оказанной не ранее двенадцати месяцев до даты проведения плановой медико-экономической экспертизы.»;

14) в пункте 22:

а) в подпункте 1 после слов «три дня и менее» дополнить словами «, за исключением медицинской помощи, предусматривающей цикличность ее оказания»;

б) подпункт 3 изложить в следующей редакции:

«3) оказания медицинской помощи по профилю «онкология» с применением лекарственной противоопухолевой терапии, коэффициент относительной затратоемкости оказания которой превышает значение 5, в части своевременности назначения и проведения диагностических исследований и лечебных мероприятий, консилиума врачей после первичного установления онкологического заболевания, соблюдения цикличности и полноты проведения лекарственной противоопухолевой терапии;»;

в) в подпункте 4 после слов «при которых предусмотрено диспансерное наблюдение» дополнить словами «(в случае, если постановка диагноза и постановка на диспансерное наблюдение осуществляется обособленно)»;

г) в подпункте 6 после слов «территориальный фонд» дополнить словами «/Федеральный фонд», слова «по поручению территориального фонда» заменить словами «(по случаям оказания медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования – по поручению территориального фонда)»;

д) дополнить подпунктом 8 следующего содержания:

«8) первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей, получения инвалидности или при переосвидетельствовании указанной категории лиц, а также отказа бюро медико-социальной экспертизы в связи с неполным обследованием застрахованного лица в соответствии с Перечнем медицинских обследований, необходимых для получения клинично-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы, являющимся приложением к приказу Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 июня 2021 г. № 402н/631н) (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный № 64450), при получении информации в рамках межведомственного взаимодействия в том числе с целью последующего проведения экспертизы качества медицинской помощи.»;

15) в пункте 23:

а) в абзаце первом слова «подпунктом 2» заменить словами «подпунктами 2, 7 и 8»;

б) в абзаце втором слово «акта» заменить словами «заклучения по результатам»;

16) абзац первый пункта 24 после слов «медицинской помощи» дополнить словами «по территориальной программе обязательного медицинского страхования или медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации,»;

17) пункт 25 изложить в следующей редакции:

«25. По итогам плановой или внеплановой медико-экономической экспертизы специалистом-экспертом составляется и направляется в территориальный фонд/Федеральный фонд или страховую медицинскую организацию экспертное заключение (протокол) о результатах медико-экономической экспертизы по форме, утверждаемой Федеральным фондом<sup>7</sup>. На основании экспертного заключения (протокола) страховой медицинской организацией/территориальным фондом/Федеральным фондом составляется заключение о результатах медико-экономической экспертизы по форме, утверждаемой Федеральным фондом<sup>7</sup>, в котором указывается сумма неоплаты и (или) уменьшения оплаты оказания медицинской помощи, и суммы выставленных штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

В случае составления экспертного заключения (протокола) и заключения о результатах медико-экономической экспертизы в форме документа на бумажном носителе, они составляются в двух экземплярах, один из которых передается в медицинскую организацию, другой остается в страховой медицинской организации/территориальном фонде/Федеральном фонде.

Возможно составление экспертного заключения (протокола) и заключения о результатах медико-экономической экспертизы в форме электронного документа в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования/региональной информационной системе обязательного медицинского страхования с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи<sup>7.1</sup>. В данном случае Федеральный фонд/территориальный фонд обеспечивают страховой медицинской организации/медицинской организации/специалисту-эксперту доступ к экспертному заключению (протоколу) и заключению о результатах медико-экономической экспертизе в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования/региональной информационной системе обязательного медицинского страхования.

При выявлении отсутствия в медицинской документации предусмотренных подпунктом 6 пункта 18 настоящего Порядка сведений о рекомендациях медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров соответствующая информация еженедельно обобщается и направляется территориальным фондом/Федеральным фондом соответственно в орган

исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, Министерство здравоохранения Российской Федерации для принятия мер по достижению цели федерального проекта «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий» национального проекта «Здравоохранение»»;

18) пункт 25 дополнить сносками «7» и «7.1» следующего содержания:

«<sup>7</sup> В соответствии с частью 9 статьи 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

<sup>7.1</sup> В соответствии с Федеральным законом от 6 апреля 2011 г. № 63-ФЗ «Об электронной подписи» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 15, ст. 2036; 2020, № 27, ст. 5187).»;

19) пункт 29 дополнить абзацем вторым следующего содержания:

«Эксперт качества медицинской помощи не привлекается к экспертизе качества медицинской помощи в медицинской организации, с которой он состоит в трудовых или иных договорных отношениях, и обязан отказаться от проведения экспертизы качества медицинской помощи в случаях, когда пациент является (являлся) его родственником или пациентом, в лечении которого эксперт качества медицинской помощи принимал участие.»;

20) абзац первый пункта 32 после слов «медицинской помощи» дополнить словами «по территориальной программе обязательного медицинского страхования или медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»»;

21) пункт 34 изложить в следующей редакции:

«34. Плановая экспертиза качества медицинской помощи по случаям оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования проводится в каждой медицинской организации не более двух раз в год и продолжительностью не более одного месяца, при этом по случаям оказания медицинской помощи, оказанным в декабре месяце, плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится в следующем году.»;

22) пункт 37 дополнить подпунктом 7 следующего содержания:

«7) поручение Федерального фонда/территориального фонда, в том числе в соответствии с запросом Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, а также в соответствии с поручениями Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации и на основании требования органов дознания и следствия, прокурора о проведении внеплановой проверки в рамках надзора за исполнением законов по поступившим в органы дознания и следствия, прокуратуры материалам и обращениям.»;

23) пункт 43 изложить в следующей редакции:

«43. По итогам экспертизы качества медицинской помощи экспертом составляется и направляется в территориальный фонд/Федеральный фонд или страховую медицинскую организацию экспертное заключение (протокол) о результатах экспертизы качества медицинской помощи по форме, утверждаемой

Федеральным фондом<sup>11</sup>.

На основании экспертного заключения (протокола) страховой медицинской организацией/территориальным фондом/Федеральным фондом составляется заключение о результатах экспертизы качества медицинской помощи по форме, утверждаемой Федеральным фондом<sup>7</sup>, в котором указывается сумма неоплаты и (или) уменьшения оплаты оказания медицинской помощи, и суммы выставленных штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

В случае составления экспертного заключения (протокола) и заключения о результатах медико-экономической экспертизы в форме документа на бумажном носителе, они составляются в двух экземплярах, один из которых передается в медицинскую организацию, другой остается в страховой медицинской организации/территориальном фонде/Федеральном фонде. Копия заключения (заключений) о результатах экспертизы качества медицинской помощи направляется инициатору проведения экспертизы качества медицинской помощи в соответствии с подпунктом 8 пункта 35 настоящего Порядка.

Возможно составление экспертного заключения (протокола) и заключения о результатах экспертизы качества медицинской помощи в форме электронного документа в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования/региональной информационной системе обязательного медицинского страхования с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи<sup>7.1</sup>. В данном случае Федеральный фонд/территориальный фонд обеспечивают страховой медицинской организации/медицинской организации/эксперту качества медицинской помощи доступ к экспертному заключению (протоколу) и заключению о результатах экспертизы качества медицинской помощи в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования/региональной информационной системе обязательного медицинского страхования.

При выявлении случаев невыполнения (неполного выполнения) медицинской организацией рекомендаций национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, данных при проведении указанными центрами консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий, при отсутствии в медицинской документации обоснования неприменения указанных рекомендаций (при наличии медицинских показаний) заключение о результатах экспертизы качества медицинской помощи дополнительно направляется в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья (ежемесячно до 1 числа месяца, следующего за месяцем проведения экспертизы качества медицинской помощи) и в Министерство здравоохранения Российской Федерации (ежеквартально до 1 числа месяца, следующего за кварталом, в котором проведена экспертиза качества медицинской помощи).»;

24) пункт 43 дополнить сноской «11» следующего содержания:

«<sup>11</sup> В соответствии с частью 9 статьи 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».»;

25) в абзаце шестом пункта 44 слова «с приложением планов мероприятий по устранению нарушений при оказании медицинской помощи, выявленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи» исключить;

26) пункт 63 изложить в следующей редакции:

«63. Взаимодействие субъектов контроля осуществляется в том числе на основе сведений, содержащихся в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования и региональной информационной системе обязательного медицинского страхования.»;

27) в пункте 64:

а) абзац первый изложить в следующей редакции:

«64. Сведения, содержащиеся в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования и региональной информационной системе в сфере обязательного медицинского страхования, учитываются страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами при организации и проведении контроля для оценки:»;

б) подпункт 2 признать утратившим силу;

28) в пункте 65 слова «пяти рабочих дней» заменить словами «десяти рабочих дней»;

29) пункт 69 изложить в следующей редакции:

«69. Результаты проведенного контроля предоставляются страховыми медицинскими организациями в территориальный фонд.»;

30) дополнить пунктами 69.1 – 69.2 следующего содержания:

«69.1. Страховая медицинская организация, территориальный фонд и Федеральный фонд ведут в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования учет заключений по результатам контроля путем включения сведений об указанных заключениях соответственно в реестр заключений по результатам медико-экономического контроля, реестр заключений по результатам медико-экономической экспертизы или реестр заключений по результатам экспертизы качества медицинской помощи.

69.2. Территориальный фонд/Федеральный фонд/страховая медицинская организация доводит до медицинской организации заключения по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи не позднее пяти рабочих дней со дня завершения соответственно медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.»;

31) пункты 70 и 71 изложить в следующей редакции:

«70. Возможно ведение электронного документооборота между субъектами контроля путем обмена документами в форме электронных документов с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи<sup>7.1</sup>.

В случае, когда заключение по результатам контроля доставляется в медицинскую организацию лично представителем страховой медицинской организации/территориального фонда/Федерального фонда, на всех экземплярах заключений ставится отметка о получении с указанием даты и подписью получателя. При отправке заключения по почте указанный документ направляется

заказным письмом (с составлением описи) с уведомлением.

Медицинская организация уведомляет территориальный фонд/Федеральный фонд/страховую медицинскую организацию в случае непредставления страховой медицинской организацией заключения о результатах экспертизы качества медицинской помощи по истечении 10 рабочих дней со дня истечения срока ее проведения.

71. Руководитель медицинской организации или лицо, его замещающее, рассматривает заключение о результатах экспертизы качества медицинской помощи в течение десяти рабочих дней с даты его получения.»;

32) дополнить пунктами 71.1 – 71.4 следующего содержания:

«71.1. При несогласии медицинской организации с заключением по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи медицинская организация в течение десяти рабочих дней с даты получения указанного заключения формирует и направляет в территориальный фонд/Федеральный фонд/страховую медицинскую организацию протокол разногласий по форме, утверждаемой Федеральным фондом, с указанием мотивированной позиции медицинской организации по существу нарушений, выявленных в ходе проведения контроля.

71.2. При согласии медицинской организации с заключением и мерами, применяемыми к медицинской организации по результатам экспертизы качества медицинской помощи, медицинская организация в течение тридцати дней со дня завершения плановой экспертизы качества медицинской помощи, проведенной в медицинской организации, в том числе с учетом нарушений, выявленных при проведении внеплановой экспертизы качества медицинской помощи, или по истечению шести месяцев после оказания медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования или медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации, формирует по форме, утверждаемой Федеральным фондом, план мероприятий по устранению выявленных нарушений и направляет в территориальный фонд/Федеральный фонд/страховую медицинскую организацию план мероприятий по устранению выявленных нарушений.

71.3. При согласии медицинской организации с заключением и мерами, применяемыми к медицинскими организации по результатам медико-экономической экспертизы, медицинская организация в течение пятнадцати рабочих дней со дня получения заключения направляет в территориальный фонд/Федеральный фонд скорректированные по результатам медико-экономической экспертизы сведения об оказании медицинской помощи.

71.4. Страховая медицинская организация/территориальный фонд/Федеральный фонд рассматривает протокол разногласий в течение десяти рабочих дней с момента его получения и по итогам рассмотрения направляют медицинской организации повторное заключение по результатам медико-

экономического контроля, медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи или мотивированную позицию по протоколу разногласий. Для рассмотрения протокола разногласий страховая медицинская организация/территориальный фонд/Федеральный фонд могут привлекать специалистов-экспертов и экспертов качества медицинской помощи, составивших соответственно экспертное заключение (протокол) о результатах медико-экономической экспертизы и экспертное заключение (протокол) о результатах экспертизы качества медицинской помощи.»;

33) в пункте 72 слово «актом» заменить словами «в соответствии с настоящим Порядком»;

34) абзацы седьмой – двадцать второй пункта 75 признать утратившими силу;

35) пункт 76 изложить в следующей редакции:

«76. Неоплата или уменьшение оплаты медицинской помощи и уплата медицинской организацией штрафов в зависимости от вида выявленных нарушений при оказании медицинской помощи, установленных для соответствующего вида контроля (медико-экономическая экспертиза, экспертиза качества медицинской помощи), могут применяться раздельно или одновременно.

В случае необходимости проведения экспертизы качества медицинской помощи случаев оказания медицинской помощи, отобранных по результатам медико-экономической экспертизы, или медико-экономической экспертизы по результатам проведения экспертизы качества медицинской помощи финансовые санкции

к медицинской организации применяются по итогам проведения экспертизы качества медицинской помощи и медико-экономической экспертизы.»;

36) пункт 77 дополнить словами «(Федеральный фонд, территориальный фонд)»;

37) пункт 78 признать утратившим силу.38). В абзаце втором пункта 86 слова «в пункте 89» заменить словами «в пунктах 22, 35, 37»;

39) в абзаце третьем пункта 87 слова «в пункте 89» заменить словами «в пунктах 22, 35, 37»;

40) пункт 89 признать утратившим силу;

41) в пункте 92 слово «соответствий» заменить словом «соответствии»;

42) пункты 94 и 95 изложить в следующей редакции:

«94. Основной задачей специалиста-эксперта при проведении медико-экономической экспертизы является контроль соответствия оказанной застрахованному лицу медицинской помощи условиям договора по обязательному медицинскому страхованию путем установления соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объемов предоставленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской и учетно-отчетной документации медицинской организации.

95. Основными функциями специалиста-эксперта являются:

1) по поручению территориального фонда/Федерального фонда/страховой медицинской организации проведение контроля объемов медицинской помощи по страховым случаям путем сопоставления фактических данных об оказанных

застрахованному лицу медицинских услугах в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи и формирование экспертных заключений (протоколов) по результатам медико-экономической экспертизы;

2) рассмотрение протоколов разногласий, полученных по итогам рассмотрения медицинской организацией составленных специалистом-экспертом экспертных заключений по результатам медико-экономических экспертиз, и подготовка в течение пяти рабочих дней со дня получения протокола разногласий мотивированных ответов на протоколы разногласий и корректировка экспертных заключений (протоколов) (при необходимости);

3) рассмотрение претензий медицинской организации, поданных по итогам рассмотрения медицинской организацией составленных специалистом-экспертом экспертных заключений по результатам медико-экономических экспертиз, и подготовка в течение пяти рабочих дней со дня получения претензий мотивированных ответов на них;

4) подготовка предложений по предъявлению претензий или исков к медицинской организации по возмещению вреда, причиненного застрахованным лицам, и санкций, применяемых к медицинской организации;

5) подготовка предложений по осуществлению целевых и плановых медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи;

6) оценка удовлетворенности застрахованных лиц организацией, условиями и качеством оказанной медицинской помощи.»;

43) пункты 96 и 97 признать утратившими силу;

44) абзац третий пункта 98 признать утратившим силу;

45) абзац второй пункта 99 признать утратившим силу;

46) пункт 100 дополнить абзацем следующего содержания:

«Эксперт качества медицинской помощи по итогам проведения экспертизы качества медицинской помощи в случае поступления протоколов разногласий или претензий по итогам рассмотрения медицинской организацией составленных экспертом экспертных заключений по результатам экспертизы качества медицинской помощи осуществляет их рассмотрение и подготовку в течение пяти рабочих дней со дня получения протокола разногласий, претензии мотивированных ответов на них, а также корректировку экспертных заключений (протоколов) (при необходимости).»;

47) в приложении к Порядку:

а) в графе «Перечень оснований» код нарушения/дефекта 1.2 раздела 1 дополнить словами «(в случае, если установление диагноза и постановка на диспансерное наблюдение должно быть осуществлено в рамках одного случая оказания медицинской помощи)»;

б) в графе «Перечень оснований» кода нарушения/дефекта 1.6.2 раздела 1 слова «решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования» заменить словами «медицинской организации

в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании»;

в) в графе «Перечень оснований» кода нарушения/дефекта 1.6.3 раздела 1

слова «решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования» заменить словами «медицинской организации

в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании»;

г) в графе «Перечень оснований» код нарушения/дефекта 1.7.1 раздела 1 слова «отсутствующим в тарифном соглашении» заменить словами «неустановленным в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании»;

д) в графе «Перечень оснований» код нарушения/дефекта 1.7.2 раздела 1 слова «утвержденным в тарифном соглашении» заменить словами «установленным в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании»;

е) графу «Перечень оснований» код нарушения/дефекта 1.8.2 раздела 1 дополнить словами «по случаям оказания медицинской помощи, завершившимся после прекращения действия лицензии медицинской организации»;

ж) коды нарушения/дефекта 2.3, 2.3.1- 2.3.3, 2.4, 2.5.1-2.5.3, 2.6 раздела 2 признать утратившими силу;

з) графу «Перечень оснований» код нарушения/дефекта 2.7 раздела 2 после слов «с длительностью три дня и менее» дополнить словами «(за исключением случаев, связанных с патологией беременности и родами)»;

и) графу «Перечень оснований» кода нарушения/дефекта 2.12 раздела 2 изложить в следующей редакции:

«Непредставление медицинской документации, учетно-отчетной документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации, а также результатов внутреннего и внешнего контроля медицинской организации, безопасности оказания медицинской помощи без объективных причин в течение 10 рабочих дней после получения медицинской организацией соответствующего запроса от Федерального фонда обязательного медицинского страхования или территориального фонда обязательного медицинского страхования, или страховой медицинской организации, или специалиста-эксперта, эксперта качества медицинской помощи, действующего по их поручению.»;

к) в графе «Перечень оснований» кода нарушения/дефекта 2.16.1 раздела 2 слова «выше тарифа, установленного тарифным соглашением» заменить словами «не соответствует тарифу, установленному законодательством об обязательном медицинском страховании»;

л) раздел 2 дополнить кодом нарушения/дефекта 2.16.3 следующего содержания:

«2.16.3. некорректное (неполное) отражение в реестре счета сведений медицинской документации.»;

м) графу «Перечень оснований» кода нарушения/дефекта 3.1 раздела 3 изложить в следующей редакции:

«Установление неверного диагноза, связанное с невыполнением, несвоевременным или ненадлежащим выполнением 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 по результатам проведенного диспансерного наблюдения, с учетом рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:»;

н) графу «Перечень оснований» кода нарушения/дефекта 3.10 раздела 3 изложить в следующей редакции:

«Наличие расхождений клинического и патолого-анатомического диагнозов 2-3 категории, обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований (за исключением оказания медицинской помощи в экстренной форме).»;

о) в графе «Перечень оснований» кода нарушения/дефекта 3.13 раздела 3 слова «клиническим рекомендациям и стандартам медицинской помощи» заменить словами «с учетом стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций»;

п) раздел 3 дополнить кодами нарушений/дефектов 3.14, 3.14.1-3.14.3, 3.15, 3.15.1-3.15.3. следующего содержания:

«3.14. Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, в том числе:

3.14.1. с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;

3.14.2. с последующим ухудшением состояния здоровья;

3.14.3. приведший к летальному исходу.

3.15. Непроведение диспансерного наблюдения застрахованного лица (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения), включенного в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в указанный порядок исследований, в том числе:

3.15.1. с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;

3.15.2. с последующим ухудшением состояния здоровья (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения);

3.15.3. приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения).».