Приказ Минздрава России от 19.03.2021 N 231н
(ред. от 21.02.2022)
"Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения"
(Зарегистрировано в Минюсте России 13.05.2021 N 63410)
(с изм. и доп., вступ. в силу с 01.07.2022)

Документ предоставлен **КонсультантПлюс**

www.consultant.ru

Дата сохранения: 02.02.2023

Источник публикации
В данном виде документ опубликован не был.
Первоначальный текст документа опубликован в издании
Официальный интернет-портал правовой информации http://pravo.gov.ru, 14.05.2021.
Информацию о публикации документов, создающих данную редакцию, см. в справке к этим документам.

Примечание к документу
Начало действия редакции - 01.07.2022.

Изменения, внесенные Приказом Минздрава России от 21.02.2022 N 100н в пункты 14 и 15 Порядка, вступили в силу с 1 июля 2022 года. Остальные изменения, внесенные указанным Приказом, вступили в силу по истечении 10 дней после дня официального опубликования (опубликован на Официальном интернет-портале правовой информации http://pravo.gov.ru - 01.03.2022).

Название документа
Приказ Минздрава России от 19.03.2021 N 231н
(ред. от 21.02.2022)
"Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения"
(Зарегистрировано в Минюсте России 13.05.2021 N 63410)
(с изм. и доп., вступ. в силу с 01.07.2022)

Зарегистрировано в Минюсте России 13 мая 2021 г. N 63410

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ
от 19 марта 2021 г. N 231н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЯ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦАМ, А ТАКЖЕ ЕЕ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Список изменяющих документов
(в ред. Приказов Минздрава России от 01.07.2021 N 696н,
от 21.02.2022 N 100н)

В соответствии с частью 1 статьи 40 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2020, N 50, ст. 8075) и подпунктом 5.2.136(3) Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. N 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, N 26, ст. 3526; 2020, N 52, ст. 8827), приказываю:

Утвердить прилагаемый Порядок проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения.

Министр
М.А.МУРАШКО

Приложение
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 19 марта 2021 г. N 231н

ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЯ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦАМ, А ТАКЖЕ ЕЕ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Список изменяющих документов
(в ред. Приказов Минздрава России от 01.07.2021 N 696н, от 21.02.2022 N 100н)

I. Общие положения

1. Настоящий Порядок проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения (далее - Порядок) разработан в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" <1> (далее - Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации") и определяет правила и процедуру проведения страховыми медицинскими организациями, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и территориальными фондами обязательного медицинского страхования (далее соответственно - Федеральный фонд, территориальный фонд) контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее соответственно - застрахованное лицо, медицинская организация), а также ее финансового обеспечения в объеме и на условиях, которые установлены территориальными программами обязательного медицинского страхования, базовой программой обязательного медицинского страхования (далее также - программы обязательного медицинского страхования), договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и договором на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (далее соответственно - договор по обязательному медицинскому страхованию, договор в рамках базовой программы), в том числе формы проведения такого контроля, его продолжительность и периодичность.

<1> Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2020, N 50, ст. 8075.

2. Цель настоящего Порядка - регулирование мероприятий, направленных на реализацию прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе на обеспечение за счет средств обязательного медицинского страхования гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках программ обязательного медицинского страхования, создание условий для обеспечения доступности и качества указанной медицинской помощи.

II. Цели контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения

3. К контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения (далее - контроль) относятся мероприятия по проверке соответствия

предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи объему и условиям, которые установлены программами обязательного медицинского страхования, договором по обязательному медицинскому страхованию и договором в рамках базовой программы.

4. Объектом контроля является организация и оказание медицинской помощи застрахованному лицу в рамках программ обязательного медицинского страхования.

5. Субъектами контроля являются Федеральный фонд, территориальные фонды, страховые медицинские организации и медицинские организации.

6. Цели контроля:

1) обеспечение бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи в объеме и на условиях, которые установлены программами обязательного медицинского страхования, договором по обязательному медицинскому страхованию и договором в рамках базовой программы;

2) защита прав застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках программ обязательного медицинского страхования в медицинских организациях;

3) предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи, являющихся результатом:

несоответствия оказанной медицинской помощи по видам, формам, объемам, срокам, качеству и условиям состоянию здоровья застрахованного лица при наступлении страхового случая с учетом степени поражения органов и (или) систем организма либо нарушений их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением;

невыполнения, несвоевременного или ненадлежащего выполнения необходимых застрахованному лицу профилактических, диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи (за исключением стандартов оснащения и штатных нормативов медицинской организации, ее структурных подразделений) (далее - порядок оказания медицинской помощи), на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи;
(в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

несоблюдения сроков ожидания медицинской помощи, включая сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов, в том числе в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

4) проверка исполнения медицинскими организациями обязательств по оказанию необходимой медицинской помощи застрахованному лицу в рамках программ обязательного медицинского страхования;

5) проверка соответствия стоимости оказанной медицинской организацией медицинской помощи за отчетный период размеру финансового обеспечения объемов медицинской помощи, распределенных медицинской организации комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, созданной в субъекте Российской

Федерации в соответствии с частью 9 статьи 36 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" на указанный период (далее - комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования), установленных договором в рамках базовой программы, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.

7. Контроль осуществляется путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи.

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.
(п. 8 в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

<2> Сноска исключена. - Приказ Минздрава России от 21.02.2022 N 100н.

III. Медико-экономический контроль

9. Медико-экономический контроль - установление соответствия сведений об объемах и стоимости оказанной застрахованным лицам медицинской помощи на основании представленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров по обязательному медицинскому страхованию или договоров в рамках базовой программы, программам обязательного медицинского страхования, объемам предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи <3>.

<3> В соответствии с частью 3 статьи 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

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.
(п. 10 в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

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 3.2 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 3.2 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 статьи 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 3.1 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).
(п. 11 в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

11.1. В рамках медико-экономического контроля определяется страховая медицинская организация, в которой застраховано лицо, которому оказана медицинская помощь.
(п. 11.1 введен Приказом Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

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 <4>;

<4> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 марта 2019 г. N 173н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 апреля 2019 г., регистрационный N 54513).

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 4 июня 2020 г. N 548н "Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 26 июня 2020 г., регистрационный N 58786).

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.
(п. 11.2 введен Приказом Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

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 <5>, 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.
(п. 12 в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

<5> В соответствии с частью 9 статьи 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

13. Результаты медико-экономического контроля, оформленные заключением, предусмотренным пунктом 12 настоящего Порядка, направляются территориальным фондом в страховую медицинскую организацию и медицинскую организацию (Федеральным фондом в медицинскую организацию) в течение пяти рабочих дней со дня получения счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи (за исключением случая, указанного в пункте 86 настоящего Порядка) и являются основанием для:

1) применения мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", условиями договора по обязательному медицинскому страхованию, договора в рамках базовой программы и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), установленных разделом I приложения к настоящему Порядку;

2) проведения Федеральным фондом, территориальным фондом, страховой медицинской организацией медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи;

3) - 4) утратили силу. - Приказ Минздрава России от 21.02.2022 N 100н.

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.
(п. 13.1 введен Приказом Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

IV. Медико-экономическая экспертиза

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 <6>.
(п. 14 в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

<6> В соответствии с частью 4 статьи 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

15. Медико-экономическая экспертиза проводится специалистом-экспертом, функции которого определены пунктом 95 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.
(п. 15 в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

16. Медико-экономическая экспертиза осуществляется в форме:

1) плановой медико-экономической экспертизы;

2) внеплановой медико-экономической экспертизы.

17. При проведении медико-экономической экспертизы оцениваются:

1) соблюдение сроков ожидания медицинской помощи, включая сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов, в том числе в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

2) соответствие сведений об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи, приведенных в реестре счета, записям первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации;

3) соответствие оказанной застрахованному лицу медицинской помощи порядкам оказания медицинской помощи, стандартам медицинской помощи, клиническим рекомендациям в части своевременности назначения и проведения диагностических исследований и лечебных мероприятий (в том числе для онкологических заболеваний - своевременность проведения консилиума врачей после первичного установления онкологического заболевания, соблюдение цикличности проведения лекарственной противоопухолевой терапии);

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.
(пп. 4 в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

18. Плановая медико-экономическая экспертиза проводится по случаям медицинской помощи, в том числе отобранным по результатам медико-экономического контроля, и (или) по тематически однородной совокупности принятых к оплате случаев оказания медицинской помощи одного вида или в одних условиях группами медицинских организаций/случаев оказания медицинской помощи группам застрахованных лиц, распределенных по признакам:

1) возраст;

2) пол;

3) заболевание (группы заболеваний);

4) вид (форма, условие) оказания медицинской помощи;

5) подлежащий(ие) применению порядок(ки) оказания медицинской помощи (клинические рекомендации, стандарты медицинской помощи);

6) 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;
(пп. 6 в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

7) показатели деятельности медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций): частота летальных исходов, частота послеоперационных осложнений, частота непрофильных госпитализаций (за исключением госпитализаций на койки

терапевтического и хирургического профилей), средней продолжительности лечения, укороченных или удлиненных сроков лечения, стоимости медицинских услуг;

8) наличие нарушений, выявленных при проведении медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи.

19. При проведении внеплановой тематической медико-экономической экспертизы отбор случаев может осуществляться по нескольким признакам, указанным в пункте 18 настоящего Порядка.

20. Плановая медико-экономическая экспертиза проводится по медицинской помощи, оказанной не ранее двенадцати месяцев до даты проведения плановой медико-экономической экспертизы.
(п. 20 в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

21. Плановая медико-экономическая экспертиза по случаям оказания медицинской помощи в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования осуществляется в течение одного месяца с рабочего дня, следующего за днем оформления заключения о результатах медико-экономического контроля или следующего за днем получения страховой медицинской организацией от территориального фонда заключения о результатах медико-экономического контроля (в случаях ее проведения страховой медицинской организацией).

22. Внеплановая медико-экономическая экспертиза проводится в следующих случаях (при непроведении по данным случаям оказания медицинской помощи плановой медико-экономической экспертизы):

1) повторных обращений по поводу одного и того же заболевания в течение четырнадцати дней при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением случаев по обращениям в связи с выпиской лекарственных препаратов группам населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей бесплатно и с 50-процентной скидкой, наблюдения беременных женщин, посещений, связанных с выдачей справок и иных медицинских документов, получения застрахованными лицами услуг диализа по поводу хронической почечной недостаточности терминальной стадии), в течение тридцати дней при оказании медицинской помощи в стационарных условиях (при длительности госпитализации три дня и менее, за исключением медицинской помощи, предусматривающей цикличность ее оказания) при одновременном оказании застрахованным лицам в указанный период медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением экстренной стоматологической помощи);

2) получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность медицинской помощи в медицинской организации, включая случаи несоблюдения сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, по случаям оказания медицинской помощи, не завершившимся летальным исходом;

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;

4) несвоевременной постановки на диспансерное наблюдение застрахованных лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение (в случае, если постановка диагноза и постановка на диспансерное наблюдение осуществляется обособленно), а также несоблюдения установленной периодичности осмотров граждан, включенных в группы диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований;

5) летального исхода вне медицинской организации до приезда бригады скорой медицинской помощи, в части соблюдения времени доезда до пациента бригады скорой медицинской помощи, установленного территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

6) оказания медицинской помощи застрахованным лицам 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 (по случаям оказания медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования - по поручению территориального фонда);

7) поручения 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 по поступившим в органы дознания и следствия, прокуратуры материалам и обращениям;

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 клинико-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. N 402н/631н) (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный N 64450), при получении информации в рамках межведомственного взаимодействия в том числе с целью последующего проведения экспертизы качества медицинской помощи.
(п. 22 в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

23. Внеплановая медико-экономическая экспертиза по случаям оказания медицинской помощи в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования проводится в течение одного месяца с рабочего дня, следующего за днем оформления заключения о результатах медико-экономического контроля или следующего за днем получения страховой медицинской организацией от территориального фонда заключения о результатах медико-экономического контроля (в случаях ее проведения страховой медицинской организацией), за исключением внеплановой медико-экономической экспертизы по случаям, предусмотренным подпунктами 2, 7 и 8 пункта 22 настоящего Порядка, срок проведения которой

не зависит от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи.
(в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

Срок проведения внеплановой медико-экономической экспертизы по случаям, предусмотренным подпунктом 1 пункта 22 настоящего Порядка, исчисляется с рабочего дня, следующего за днем оформления заключения по результатам медико-экономического контроля, содержащего информацию о повторном обращении (госпитализации).
(в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

24. Объем ежемесячных медико-экономических экспертиз (плановых и внеплановых) от числа принятых к оплате случаев 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", в каждой медицинской организации составляет не менее:
(в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

1) при оказании медицинской помощи вне медицинской организации - 2%;

2) при оказании медицинской помощи амбулаторно - 0,5%;

3) при оказании медицинской помощи в дневном стационаре - 6%;

4) при оказании медицинской помощи стационарно - 6%.

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 <7>. На основании экспертного заключения (протокола) страховой медицинской организацией/территориальным фондом/Федеральным фондом составляется заключение о результатах медико-экономической экспертизы по форме, утверждаемой Федеральным фондом <7>, 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.

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

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 <7.1>. 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.

<7.1> В соответствии с Федеральным законом от 6 апреля 2011 г. N 63-ФЗ "Об электронной подписи" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 15, ст. 2036; 2021, N 27, ст. 5187).

При выявлении отсутствия в медицинской документации предусмотренных подпунктом 6 пункта 18 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". (п. 25 в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

26. Результаты медико-экономической экспертизы, оформленные заключением о результатах медико-экономической экспертизы, являются основанием для:

1) применения к медицинской организации мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", условиями договора по обязательному медицинскому страхованию, договора в рамках базовой программы и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), установленных разделом II приложения к настоящему Порядку;

2) проведения внеплановой экспертизы качества медицинской помощи.

V. Экспертиза качества медицинской помощи

27. Экспертиза качества медицинской помощи - выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, степени достижения запланированного результата <8>.

<8> В соответствии с частью 6 статьи 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

28. Экспертиза качества медицинской помощи проводится путем оценки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору по обязательному медицинскому страхованию, договору в рамках базовой программы, порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям, стандартам медицинской помощи.

Экспертиза качества медицинской помощи проводится на основании критериев оценки качества медицинской помощи, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 г. N 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 мая 2017 г., регистрационный N 46740).

29. Экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи, включенным в единый реестр экспертов качества медицинской помощи <9>, по поручению Федерального фонда, территориального фонда или страховой медицинской организации.

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

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.
(абзац введен Приказом Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

30. Экспертиза качества медицинской помощи проводится несколькими экспертами качества медицинской помощи разных специальностей и (или) на разных этапах оказания медицинской помощи в случаях, предусмотренных пунктом 37 настоящего Порядка (далее - мультидисциплинарная экспертиза качества медицинской помощи).

31. Экспертиза качества медицинской помощи осуществляется в форме:

1) плановой экспертизы качества медицинской помощи;

2) внеплановой экспертизы качества медицинской помощи.

Внеплановая экспертиза качества медицинской помощи проводится в виде целевой и тематической экспертизы качества медицинской помощи.

32. Объем плановых и внеплановых экспертиз качества 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", от числа принятых к оплате случаев 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", составляет:
(в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

1) при оказании медицинской помощи вне медицинской организации - 0,5%;

2) при оказании медицинской помощи амбулаторно - 0,2%;

3) при оказании медицинской помощи стационарно - 3%;

4) при оказании медицинской помощи в дневном стационаре - 1,5%.

В объем плановых экспертиз качества медицинской помощи включаются принятые к оплате случаи оказания медицинской помощи, отобранные в том числе по результатам медико-экономического контроля и медико-экономической экспертизы.

33. Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится для оценки характера, частоты и причин нарушений при оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в сроки, установленные указанными программами, в том числе приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, создавших риск прогрессирования имеющегося заболевания, создавших риск возникновения нового заболевания, приведших к инвалидизации, к летальному исходу, а также к неэффективному использованию ресурсов медицинской организации, неудовлетворенности медицинской помощью застрахованных лиц.

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.
(п. 34 в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

35. Внеплановая целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится в следующих случаях (при непроведении по данным случаям оказания медицинской помощи плановой экспертизы качества медицинской помощи):

1) получение жалобы от застрахованного лица или его представителя на качество медицинской помощи в медицинской организации;

2) летальные исходы, за исключением случаев летального исхода вне периода оказания медицинской помощи, в том числе при вызове бригады скорой медицинской помощи до ее приезда;

3) отобранные по результатам медико-экономической экспертизы, в том числе при выявлении нарушений при оказании медицинской помощи по профилю "онкология" с применением лекарственной противоопухолевой терапии;

4) медицинская помощь, оказанная застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью, в случаях получения сведений от медицинской организации (органов дознания и следствия, органов прокурорского надзора, судебных органов);

5) отобранные по результатам медико-экономической экспертизы при выявлении нарушений при оказании медицинской помощи с применением рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, данных при проведении консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров;

6) отобранные по результатам медико-экономического контроля, в которых выявлен рост нарушений при оказании медицинской помощи (дефектов) в одной медицинской организации в соответствии с разделом II приложения к настоящему Порядку в сравнении с предыдущим проверяемым периодом более чем на 10 процентов по каждому виду (условию) оказания медицинской помощи, предъявленному к оплате. Экспертиза качества медицинской помощи в этом случае в части случаев оказания медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования проводится в размере одного процента от пролеченных застрахованных лиц конкретной страховой медицинской организации;

7) выявленное при медико-экономическом контроле представление в реестрах счетов случаев оказания застрахованному лицу в период его нахождения на лечении в условиях круглосуточного стационара медицинской помощи в других условиях (за исключением дня (времени) поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях по направлению медицинской организации, осуществляющей его лечение в условиях круглосуточного стационара);

8) 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.

36. Внеплановая экспертиза качества медицинской помощи проводится в течение месяца с рабочего дня, следующего за днем получения экспертом поручения о проведения экспертизы качества медицинской помощи.

37. Мультидисциплинарная внеплановая целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится в следующих случаях:

1) получение жалобы от застрахованного лица или его представителя на качество медицинской помощи, оказанной специалистами разных профилей и/или на разных уровнях оказания медицинской помощи;

2) летальные исходы при оказании медицинской помощи на разных уровнях ее оказания или в разных медицинских организациях;

3) оказание медицинской помощи при новой коронавирусной инфекции COVID-19 (U07.1, U07.2) с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, сочетанная с сахарным диабетом, онкологическими или онкогематологическими заболеваниями, хронической обструктивной болезнью легких, острым нарушением мозгового кровообращения, острым коронарным синдромом, а также сопровождающаяся фибрилляцией

предсердий, хроническими болезнями почек, ожирением, венозной недостаточностью, после сложных хирургических вмешательств);

4) возникновение при оказании застрахованному лицу в медицинской организации нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, в том числе при оказании медицинской помощи в экстренной форме в период прохождения застрахованным лицом лечения в плановой форме;

5) перевод застрахованного лица между медицинскими организациями при выявлении заболеваний иного профиля, не позволяющих оказать плановую медицинскую помощь;

6) отобранные по результатам медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, если указанные результаты не позволяют сделать заключение о соответствии оказанной застрахованным лицам медицинской помощи порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям, стандартам медицинской помощи, в том числе при переводе пациента в другие отделения стационара, включая отделение реанимации и интенсивной терапии, в период одной госпитализации в одной медицинской организации;

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.
(пп. 7 введен Приказом Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

38. Срок проведения мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи составляет не более сорока рабочих дней с рабочего дня, следующего за днем получения экспертами поручения о проведении экспертизы качества медицинской помощи.

39. Внеплановая тематическая экспертиза качества медицинской помощи проводится для оценки характера, частоты и причин нарушений при оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, в том числе с целью оценки полноты выполнения медицинскими организациями рекомендаций национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, данных при проведении телемедицинских консультаций/консилиумов, норм лечебного питания <10>, и с учетом стандартов медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в сроки, установленные указанными программами, в том числе приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, создавших риск прогрессирования имеющегося заболевания, создавших риск возникновения нового заболевания, приведших к инвалидизации, к летальному исходу, а также к неэффективному использованию ресурсов медицинской организации, неудовлетворенности медицинской помощью застрахованных лиц. При проведении внеплановой тематической экспертизы качества медицинской помощи учитываются структура и причины смертности застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации (за исключением случаев оказания медицинской помощи по договору в рамках базовой программы).

<10> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 июня 2013 г. N 395н "Об утверждении норм лечебного питания" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 июля 2013 г., регистрационный номер 28995).

40. Внеплановая тематическая экспертиза качества медицинской помощи проводится по тематически однородной совокупности принятых к оплате случаев оказания медицинской помощи группам застрахованных лиц, распределенных по следующим признакам:

1) возраст;

2) пол;

3) заболевание (группы заболеваний);

4) вид (форма, условия) оказания медицинской помощи;

5) подлежащий(ие) применению порядок(ки) оказания медицинской помощи (стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации);

6) наличие в первичной медицинской документации и (или) на информационном ресурсе Федерального фонда, территориального фонда сведений о рекомендациях медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, данных при проведении телемедицинских консультаций/консилиумов;

7) показатели деятельности медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций): частота летальных исходов, частота послеоперационных осложнений, частота непрофильных госпитализаций (за исключением госпитализаций на койки терапевтического и хирургического профилей), средней продолжительности лечения, укороченных или удлиненных сроков лечения, стоимости медицинских услуг;

8) наличие нарушений, выявленных при проведении медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи.

41. При проведении внеплановой тематической экспертизы качества медицинской помощи отбор случаев может осуществляться по нескольким признакам, указанным в пункте 40 настоящего Порядка.

42. Экспертиза качества медицинской помощи может проводиться по обращению застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи с оценкой соблюдения порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров.

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 <11>.

<11> В соответствии с частью 9 статьи 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

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 <11>, 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.

<11> В соответствии с частью 9 статьи 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

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 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 <11.1>. 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.

<11.1> В соответствии с Федеральным законом от 6 апреля 2011 г. N 63-ФЗ "Об электронной подписи" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 15, ст. 2036; 2021, N 27, ст. 5187).

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).
(п. 43 в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

44. Страховые медицинские организации на основании заключений о результатах экспертизы качества медицинской помощи готовят и ежеквартально направляют в территориальный фонд предложения по улучшению доступности и качества медицинской помощи с приложением планов мероприятий по устранению нарушений при оказании медицинской помощи, выявленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи, и аналитических материалов, содержащих сведения о:

1) количестве случаев оказания медицинской помощи, по которым проведена экспертиза качества медицинской помощи;

2) количестве выявленных нарушений по результатам проведенной экспертизы качества медицинской помощи;

3) структуре выявленных нарушений по результатам проведенной экспертизы качества медицинской помощи, в том числе по медицинским организациям, профилям, видам, условиям, уровням и этапам оказания медицинской помощи;

4) динамике количества выявленных нарушений по результатам проведенной экспертизы качества медицинской помощи в сравнении с результатами предыдущей экспертизы качества медицинской помощи.

Территориальный фонд обобщает указанные аналитические материалы и предложения, формирует заключение и ежеквартально направляет его в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения и в Федеральный фонд. Федеральный фонд на основании заключений о результатах экспертизы качества медицинской помощи готовит и направляет в Министерство здравоохранения Российской Федерации предложения по улучшению доступности и качества медицинской помощи.
(в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

VI. Осуществление территориальным фондом контроля за качеством проведения страховыми медицинскими организациями контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи

45. Территориальный фонд на основании части 11 статьи 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" осуществляет контроль за деятельностью страховых медицинских организаций путем организации контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, проводит медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу, экспертизу качества медицинской помощи, в том числе повторно, а также контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями.

46. Повторные медико-экономическая экспертиза/экспертиза качества медицинской

помощи (далее также - реэкспертиза) проводятся специалистом-экспертом/экспертом качества медицинской помощи, не участвующим в проведении первичной экспертизы, в том числе включенным в единый реестр экспертов качества медицинской помощи.

47. Повторная экспертиза качества медицинской помощи проводится последовательно с экспертизой качества медицинской помощи, осуществляемой страховой медицинской организацией, с привлечением эксперта качества медицинской помощи, не участвующего в проведении первичной экспертизы, включенного в единый реестр экспертов качества медицинской помощи.

48. Задачами реэкспертизы являются:

1) проверка обоснованности и достоверности заключения специалиста-эксперта или эксперта качества медицинской помощи, первично проводившего медико-экономическую экспертизу или экспертизу качества медицинской помощи;

2) контроль деятельности специалистов-экспертов/экспертов качества медицинской помощи.

49. Реэкспертиза проводится в случаях:

1) выявления нарушений при организации страховой медицинской организацией контроля;

2) наличия противоречий выводов эксперта качества медицинской помощи описанию выявленных нарушений в экспертном заключении;

3) поступления жалобы застрахованного лица или его представителя на доступность и качество медицинской помощи.

50. Территориальный фонд не позднее чем за пять рабочих дней до начала реэкспертизы направляет в страховую медицинскую организацию и медицинскую организацию письменное уведомление, содержащее следующие сведения:

1) основание проведения реэкспертизы;

2) тему реэкспертизы;

3) сроки проведения реэкспертизы;

4) проверяемый в рамках реэкспертизы период;

5) перечень документов, необходимых для проведения реэкспертизы.

51. В течение пяти рабочих дней после уведомления, предусмотренного пунктом 50 настоящего Порядка, территориальному фонду представляются:

1) страховой медицинской организацией - необходимые для проведения реэкспертизы копии заключений о результатах медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи;

2) медицинской организацией - медицинская, учетно-отчетная и прочая документация,

протоколы заседания врачебной комиссии по рассмотренным жалобам и (или) случаям летального исхода, по дополнительному требованию - результаты внутреннего и ведомственного контроля безопасности и качества медицинской деятельности.

52. Количество страховых случаев, подвергаемых реэкспертизе, составляет:

1) от числа первичных медико-экономических экспертиз не менее:

2% - при оказании медицинской помощи вне медицинской организации;

0,5% - при оказании медицинской помощи амбулаторно;

6% - при оказании медицинской помощи стационарно;

6% - при оказании медицинской помощи в дневном стационаре;

2) от числа первичных экспертиз качества медицинской помощи не менее:

1% - при оказании медицинской помощи вне медицинской организации;

0,3% - при оказании медицинской помощи амбулаторно;

4% - при оказании медицинской помощи стационарно;

2% - при оказании медицинской помощи в дневном стационаре.

В течение календарного года реэкспертиза проводится по принятым всеми страховыми медицинскими организациями к оплате случаям оказания медицинской помощи во всех медицинских организациях.

53. Территориальный фонд направляет результаты проведения реэкспертизы, оформленные заключением о результатах повторной медико-экономической экспертизы (заключением о результатах повторной экспертизы качества медицинской помощи), с приложением, являющимся неотъемлемой частью заключения, в страховую медицинскую организацию и медицинскую организацию в срок не позднее двадцати рабочих дней после окончания проверки.

При этом общий срок от даты получения необходимой документации до направления заключения о результатах повторной медико-экономической экспертизы (заключения о результатах повторной экспертизы качества медицинской помощи) страховым медицинским организациям и медицинским организациям не может превышать сорока рабочих дней.

Страховая медицинская организация и медицинская организация рассматривают указанные в настоящем пункте заключения в течение десяти рабочих дней с даты их получения от территориального фонда.

54. Страховая медицинская организация и медицинская организация в случае отсутствия согласия с результатами проведенной реэкспертизы направляют в территориальный фонд подписанное заключение с протоколом разногласий не позднее десяти рабочих дней с даты получения заключения.

55. Территориальный фонд в течение тридцати рабочих дней с даты получения

рассматривает заключение с протоколом разногласий с привлечением страховой медицинской организации и медицинской организации.

56. В соответствии с частью 14 статьи 38 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" территориальный фонд в случае выявления нарушений договорных обязательств со стороны страховой медицинской организации при возмещении ей затрат на оплату медицинской помощи уменьшает платежи на сумму выявленных нарушений или неисполненных договорных обязательств. Перечень нарушений договорных обязательств устанавливается правилами обязательного медицинского страхования <12>. Перечень санкций за нарушения договорных обязательств устанавливается договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

<12> Утверждены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. N 108н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 мая 2019 г., регистрационный N 54643) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 апреля 2020 г. N 299н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 апреля 2020 г., регистрационный N 58074), от 25 сентября 2020 г. N 1024н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 октября 2020 г., регистрационный N 60369), от 10 февраля 2021 г. N 65н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 марта 2021 г., регистрационный N 62797) и от 26 марта 2021 г. N 254н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 22 апреля 2021 г., регистрационный N 63210) (далее - Правила обязательного медицинского страхования).

57. Перечень санкций, применяемых территориальным фондом к страховой медицинской организации, за нарушения договорных обязательств устанавливается договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключаемым между территориальным фондом и страховой медицинской организацией <13>.

<13> В соответствии с частью 14 статьи 38 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

В случае выявления нарушений в деятельности страховой медицинской организации территориальный фонд применяет меры в соответствии с частью 13 статьи 38 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

58. Территориальный фонд при выявлении нарушений в организации и проведении медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи направляет в страховую медицинскую организацию претензию, которая содержит следующие сведения о проведенном контроле за деятельностью страховой медицинской организации:

1) наименование комиссии территориального фонда;

2) дату (период) проверки страховой медицинской организации;

3) состав комиссии территориального фонда;

4) основание для проведения контроля;

5) выявленные по результатам реэкспертизы факты неисполнения страховой медицинской организацией договорных обязательств по организации и проведению контроля;

6) ответственность страховой медицинской организации за выявленные нарушения;

7) приложения (копии заключений о результатах повторной медико-экономической экспертизы/повторной экспертизы качества медицинской помощи).

Состав комиссии из числа работников территориального фонда и экспертов качества медицинской помощи, включенных в единый реестр экспертов качества медицинской помощи, утверждается приказом территориального фонда.

Председателем комиссии назначается заместитель руководителя территориального фонда.

Регламент работы комиссии определяется председателем комиссии.

Решения комиссии принимаются простым большинством голосов и оформляются протоколом, который является основанием для составления указанной в настоящем пункте претензии.

Претензия подписывается директором территориального фонда.

Рассмотрение претензии и информирование территориального фонда о результатах ее рассмотрения осуществляется страховой медицинской организацией в течение тридцати рабочих дней с даты получения претензии.

59. В случае выявления территориальным фондом при проведении реэкспертизы нарушений, не выявленных страховой медицинской организацией в ходе медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи, страховая медицинская организация утрачивает право использования мер, применяемых к медицинской организации, по своевременно не выявленному нарушению при оказании медицинской помощи.

60. Средства в размере санкций, применяемых к медицинской организации в соответствии со статьей 41 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" по результатам повторной медико-экономической экспертизы/экспертизы качества медицинской помощи, используются в соответствии со статьей 26 и частью 1 статьи 28 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

61. Территориальный фонд проводит анализ обращений застрахованных лиц, их представителей и других субъектов обязательного медицинского страхования по результатам контроля, проводимого страховой медицинской организацией.

VII. Взаимодействие субъектов контроля

62. Территориальный фонд осуществляет координацию на территории субъекта Российской Федерации взаимодействия страховых медицинских организаций и медицинских организаций

(далее - субъекты контроля), проводит организационно-методическую работу, обеспечивающую функционирование контроля и защиту прав застрахованных лиц, согласовывает планы деятельности страховых медицинских организаций в части организации и проведения контроля, в том числе планы контроля страховыми медицинскими организациями медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по договорам по обязательному медицинскому страхованию, с учетом результатов анализа обращений застрахованных лиц в страховые медицинские организации и территориальный фонд, опросов об удовлетворенности застрахованных лиц оказанной медицинской помощью.

В планы деятельности страховых медицинских организаций в части организации и проведения контроля, в том числе в планы контроля страховыми медицинскими организациями медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по договорам по обязательному медицинскому страхованию, в течение года по согласованию с территориальным фондом могут вноситься изменения и дополнения.

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.
(п. 63 в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

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:
(в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

1) своевременности 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 соблюдения установленной периодичности осмотров граждан, включенных в группы диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований;

2) утратил силу. - Приказ Минздрава России от 21.02.2022 N 100н;

3) соблюдения сроков ожидания застрахованными лицами медицинской помощи, в том числе сроков ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов, с учетом результатов опросов об удовлетворенности застрахованных лиц оказанной медицинской помощью;

4) доступности и качества медицинской помощи при онкологических заболеваниях, начиная с подозрения на онкологическое заболевание или установленного диагноза онкологического заболевания, по впервые выявленному заболеванию или продолжающемуся лечению.

65. При проведении медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи медицинская организация предоставляет специалистам-экспертам и экспертам качества медицинской помощи в течение десяти рабочих дней после получения соответствующего

запроса медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа (при наличии), учетно-отчетную документацию, результаты внутреннего и ведомственного (при наличии) контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Медико-экономическая экспертиза и экспертиза качества медицинской помощи при проверке оригиналов первичной медицинской документации проводятся по месту оказания медицинской помощи. Для проведения медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи дистанционно (за пределами проверяемой медицинской организации) документы могут быть представлены специалистам-экспертам и экспертам качества медицинской помощи в форме электронного документа или копий, заверенных подписью руководителя медицинской организации, в том числе электронной подписью.
(в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

66. В соответствии с частью 8 статьи 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" медицинская организация не вправе препятствовать доступу специалистов-экспертов и экспертов качества медицинской помощи к материалам, необходимым для проведения медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи и обязана предоставлять запрашиваемую ими информацию.

67. Работники, участвующие в осуществлении контроля, несут ответственность <14> за разглашение конфиденциальной информации ограниченного доступа в соответствии с законодательством Российской Федерации, за сохранность медицинской документации, прочих материалов, полученных для осуществления контроля на время его проведения и за использование подлинников медицинской документации при проведении медико-экономической экспертизы/экспертизы качества медицинской помощи вне места ее оказания.

<14> В соответствии с частью 1 статьи 24 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, N 31, ст. 3451; 2011, N 31, ст. 4701).

68. На основании статьи 42 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" решение спорных и конфликтных вопросов, возникающих в ходе контроля между медицинской организацией и страховой медицинской организацией, осуществляется территориальным фондом.

О результатах решения спорных и конфликтных вопросов, о нарушениях в организации и проведении контроля, в оказании медицинской помощи в медицинской организации территориальный фонд информирует страховые медицинские организации, медицинские организации и орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

VIII. Учет и использование результатов контроля

69. Результаты проведенного контроля предоставляются страховыми медицинскими организациями в территориальный фонд.
(п. 69 в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

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.
(п. 69.1 введен Приказом Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

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.
(п. 69.2 введен Приказом Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

70. Возможно ведение электронного документооборота между субъектами контроля путем обмена документами в форме электронных документов с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи <14.1>.

<14.1> В соответствии с Федеральным законом от 6 апреля 2011 г. N 63-ФЗ "Об электронной подписи" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 15, ст. 2036; 2021, N 27, ст. 5187).

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.
(п. 70 в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

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.
(п. 71 в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

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.
(п. 71.1 введен Приказом Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

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.
(п. 71.2 введен Приказом Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

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.
(п. 71.3 введен Приказом Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

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.
(п. 71.4 введен Приказом Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

72. В соответствии со статьей 31 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" предъявление претензии или иска к лицу, причинившему вред здоровью застрахованного лица, в порядке возмещения расходов на оплату оказанной медицинской помощи страховой медицинской организацией, Федеральным фондом осуществляется на основании результатов проведения экспертизы качества медицинской помощи, оформленных в соответствии с настоящим Порядком.
(в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

73. При выявлении по результатам контроля, проведенного при поступлении жалобы от застрахованного лица или его законного представителя, нарушений при оказании медицинской помощи застрахованному лицу, приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавших риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавших риск возникновения нового заболевания, приведших к инвалидизации, к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства), а также в случаях отказа в оказании медицинской помощи, неправомерного взимания денежных средств за медицинскую помощь в рамках программ обязательного медицинского страхования, по требованию застрахованного лица или его законного представителя: Федеральный

фонд/территориальный фонд/страховая медицинская организация, выявившие нарушения права застрахованного лица, предъявляют в медицинскую организацию требование о восстановлении нарушенного права, осуществляет содействие застрахованному лицу или его законному представителю в предъявлении претензии к медицинской организации или обращении в суд.

IX. Применение санкций к медицинской организации за нарушения, выявленные в ходе контроля

74. На основании части 1 статьи 41 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, удерживается в размерах, определяемых методикой исчисления размеров неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в составе Правил обязательного медицинского страхования, из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию, Федеральный фонд в соответствии с договором по обязательному медицинскому страхованию, договором в рамках базовой программы, перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшения оплаты медицинской помощи (приложение к настоящему Порядку).

75. Результатом контроля в соответствии с договором по обязательному медицинскому страхованию, договором в рамках базовой программы и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) являются:

1) неоплата или уменьшение оплаты медицинской помощи в виде:

исключения позиции из реестра счетов, подлежащих оплате объемов медицинской помощи;

уменьшения сумм, представленных к оплате, в процентах от стоимости оказанной медицинской помощи по страховому случаю;

2) уплата медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

3) возврат сумм, не подлежащих оплате, в страховую медицинскую организацию, территориальный фонд в соответствии с договором по обязательному медицинскому страхованию, в Федеральный фонд в соответствии с договором в рамках базовой программы;

4) - 6) утратили силу. - Приказ Минздрава России от 21.02.2022 N 100н.

Абзацы десятый - пятнадцатый утратили силу. - Приказ Минздрава России от 21.02.2022 N 100н;

1) - 6) утратили силу. - Приказ Минздрава России от 21.02.2022 N 100н.

Абзац утратил силу. - Приказ Минздрава России от 21.02.2022 N 100н.

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.
(п. 76 в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

77. При выявлении нарушений договорных обязательств в отношении объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи страховая медицинская организация (Федеральный фонд, территориальный фонд) частично или полностью не возмещает затраты медицинской организации по оказанию медицинской помощи, уменьшая последующие платежи по счетам медицинской организации на сумму выявленных нарушений при оказании медицинской помощи или требует возврата сумм в страховую медицинскую организацию (Федеральный фонд, территориальный фонд).
(в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

78. Утратил силу. - Приказ Минздрава России от 21.02.2022 N 100н.

79. При наличии в одном и том же случае оказания медицинской помощи двух и более оснований для отказа в оплате медицинской помощи или уменьшения оплаты медицинской помощи к медицинской организации применяется одно - наиболее существенное основание, влекущее больший размер неоплаты или отказ в оплате. Суммирование размера неполной оплаты медицинских услуг по одному случаю оказания медицинской помощи не производится.

80. Неоплата или неполная оплата медицинской помощи, а также уплата медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества не освобождает медицинскую организацию от возмещения застрахованному лицу вреда, причиненного по вине медицинской организации, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации <15>.

<15> В соответствии с частью 3 статьи 41 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

81. Средства, поступившие в результате применения санкций к медицинской организации за нарушения, выявленные в ходе контроля, расходуются в соответствии с частью 6.3 статьи 26 и статьей 28 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

X. Обжалование медицинской организацией заключения страховой медицинской организации по результатам контроля

82. В соответствии со статьей 42 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" медицинская организация имеет право обжаловать заключение страховой медицинской организации по результатам контроля в течение пятнадцати

рабочих дней со дня получения заключений страховой медицинской организации путем направления в территориальный фонд письменной претензии.

К претензии прилагаются:

1) обоснование претензии;

2) перечень вопросов по каждому оспариваемому случаю;

3) материалы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности по оспариваемому случаю.

К претензии прилагаются результаты ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности (при наличии).

В случае первичного направления медицинской организацией в страховую медицинскую организацию протокола разногласий к заключению, подписанному с возражениями, указанный в настоящем пункте срок обжалования заключения страховой медицинской организации по результатам контроля исчисляется со дня получения от страховой медицинской организации результатов рассмотрения протокола возражений.

83. Территориальный фонд в течение тридцати рабочих дней с даты поступления претензии рассматривает поступившие от медицинской организации документы и организует проведение повторных медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, которые в соответствии с частью 4 статьи 42 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" оформляются решением территориального фонда с представлением заключения реэкспертизы и/или экспертного заключения.

По результатам реэкспертизы территориальный фонд в течение десяти рабочих дней после оформления заключения повторного контроля принимает решение, в том числе с учетом письменно выраженной позиции страховой медицинской организации (при наличии), и направляет результаты рассмотрения в форме соответствующих заключений и решения, подписанного руководителем, в страховую медицинскую организацию и медицинскую организацию.

84. Решение территориального фонда о признании обоснованными доводов медицинской организации, изложенных в претензии, доведенное до страховой медицинской организации в сроки, установленные пунктом 53 настоящего Порядка, является основанием для отмены (изменения) решения о неоплате, неполной оплате медицинской помощи и/или об уплате медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам первичной медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи.

Изменение финансирования по результатам рассмотрения спорных случаев проводится страховой медицинской организацией в период окончательного расчета с медицинской организацией за отчетный период.

85. При несогласии медицинской организации с решением территориального фонда она вправе обжаловать это решение в судебном порядке.

XI. Организация территориальным фондом контроля при осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования

86. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи в течение 10 рабочих дней со дня представления медицинской организацией счета и реестра счета на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором ему выданы полисы обязательного медицинского страхования (далее - за пределами территории страхования), проводит в порядке, установленном главой III настоящего Порядка, медико-экономический контроль предъявленного медицинской организацией счета и реестра счета и при отсутствии нарушений, предусмотренных перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (приложение к настоящему Порядку), требующих отклонения счета и реестра счета, осуществляет мероприятия по оплате медицинской помощи в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования.

В случае обнаружения по результатам проведения медико-экономического контроля причин, требующих дополнительного рассмотрения реестра счета и указанных в пунктах 22, 35, 37 настоящего Порядка, территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи направляет в территориальный фонд субъекта Российской Федерации, в котором застрахованному лицу выдан полис обязательного медицинского страхования (далее - территориальный фонд по месту страхования), уведомление о проведении медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества медицинской помощи.
(в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

Уведомление о проведении медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества медицинской помощи направляется в территориальный фонд по месту страхования одновременно с направлением территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи в территориальный фонд по месту страхования в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования счета на возмещение расходов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу за пределами территории страхования (далее - счет по межтерриториальным расчетам).

В уведомлении о проведении медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества медицинской помощи указывается предложения территориального фонда по месту оказания медицинской помощи по кандидатуре эксперта качества медицинской помощи (в случае проведения экспертизы качества медицинской помощи).

87. Территориальный фонд не позднее пяти рабочих дней со дня получения от территориального фонда по месту оказания медицинской помощи счета по межтерриториальным расчетам:

содержащего уведомление о проведении медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества медицинской помощи, осуществляет его рассмотрение и в случае несогласования указанной в нем кандидатуры эксперта качества медицинской помощи (в случае проведения экспертизы качества медицинской помощи) формирует и направляет в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи уведомление о замене кандидатуры эксперта качества медицинской помощи, в котором указывает свои предложения по

кандидатуре эксперта качества медицинской помощи из территориального реестра экспертов качества медицинской помощи субъекта Российской Федерации по месту оказания медицинской помощи. В указанном случае оплата работы эксперта качества медицинской помощи осуществляются за счет территориального фонда по месту страхования. При не направлении территориальным фондом по месту страхования уведомления о замене кандидатуры эксперта качества медицинской помощи, кандидатура, предложенная территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи в уведомлении о проведении медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества медицинской помощи, считается согласованной территориальным фондом по месту страхования;

не содержащего уведомление о проведении медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества медицинской помощи, при обнаружении причин, требующих дополнительного рассмотрения реестра счета и указанных в пунктах 22, 35, 37 настоящего Порядка, формирует и направляет в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи уведомление об организации проведения медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества медицинской помощи с указанием предложения по кандидатуре эксперта качества медицинской помощи из территориального реестра экспертов качества медицинской помощи субъекта Российской Федерации по месту оказания медицинской помощи (в случае проведения экспертизы качества медицинской помощи). В указанном случае в случае одобрения территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи кандидатуры эксперта качества медицинской помощи, указанной в уведомлении, оплата работы эксперта качества медицинской помощи осуществляется за счет территориального фонда по месту страхования.
(в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

88. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи в течение пяти рабочих дней со дня получения от территориального фонда по месту страхования:

уведомления о замене кандидатуры эксперта качества медицинской помощи, осуществляет проведение медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества медицинской помощи, в том числе экспертизы качества медицинской помощи - экспертом качества медицинской помощи, предложенным территориальным фондом по месту страхования;

уведомления о проведении медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества медицинской помощи, осуществляет его рассмотрение и в случае несогласования указанной в нем кандидатуры эксперта качества медицинской помощи (в случае проведения экспертизы качества медицинской помощи) формирует и направляет в территориальный фонд по месту страхования уведомление о замене кандидатуры эксперта качества медицинской помощи, в котором указывает свои предложения по кандидатуре эксперта качества медицинской помощи. В указанном случае оплата работы эксперта качества медицинской помощи осуществляется за счет территориального фонда по месту оказания медицинской помощи. При не направлении территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи уведомления о замене кандидатуры эксперта качества медицинской помощи, кандидатура, предложенная территориальным фондом по месту страхования в уведомлении о проведении медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества медицинской помощи, считается согласованной им и территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи осуществляет проведение медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества медицинской помощи, в том числе экспертизы качества медицинской помощи - экспертом качества медицинской помощи, предложенным территориальным фондом по месту страхования.

89. Утратил силу. - Приказ Минздрава России от 21.02.2022 N 100н.

90. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи по случаям оказания медицинской помощи застрахованным лицам за пределами территории страхования проводит:

1) внеплановую медико-экономическую экспертизу - в порядке, установленном главой IV настоящего Порядка;

2) внеплановую экспертизу качества медицинской помощи - в порядке, установленном главой V настоящего Порядка.

91. Результаты контроля по случаям оказания застрахованному лицу медицинской помощи за пределами территории страхования, проведенные территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи, направляются в территориальный фонд по месту страхования в течение пяти рабочих дней после оформления заключения о соответствующем виде контроля.

92. По результатам контроля в соответствии с частью 10 статьи 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" применяются меры, предусмотренные статьей 41 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и условиями договора по обязательному медицинскому страхованию.
(в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

XII. Задачи и функции специалистов, осуществляющих медико-экономическую экспертизу и экспертизу качества медицинской помощи

93. В соответствии с частью 5 статьи 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" медико-экономическую экспертизу осуществляет специалист-эксперт, являющийся врачом, имеющим стаж работы по врачебной специальности не менее пяти лет и прошедшим соответствующую подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

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.
(п. 94 в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

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.
(п. 95 в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

96 - 97. Утратили силу. - Приказ Минздрава России от 21.02.2022 N 100н.

98. Экспертизу качества медицинской помощи в соответствии с частью 7 статьи 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" осуществляет эксперт качества медицинской помощи, являющийся врачом-специалистом, имеющим высшее профессиональное образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее десяти лет и прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования, из числа экспертов качества медицинской помощи, включенных в единый реестр экспертов качества медицинской помощи.

Экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи по своей специальности в соответствии со свидетельством об аккредитации специалиста или сертификатом специалиста.

Абзац утратил силу. - Приказ Минздрава России от 21.02.2022 N 100н.

99. Основной задачей эксперта качества медицинской помощи является проведение экспертизы качества медицинской помощи с целью выявления нарушений при оказании медицинской помощи, включая оценку правильности выбора медицинской организации, степени достижения запланированного результата, установление риска прогрессирования имеющегося заболевания, возникновения нового заболевания, оформление экспертного заключения и рекомендаций по улучшению качества медицинской помощи, оказываемой по обязательному медицинскому страхованию.

Абзац утратил силу. - Приказ Минздрава России от 21.02.2022 N 100н.

100. Эксперт качества медицинской помощи при проведении экспертизы качества медицинской помощи:

1) использует материалы, предусмотренные подпунктами 2 и 3 пункта 95, подпунктами 1, 6 и 7 пункта 96 и пунктом 97 настоящего Порядка;

2) предоставляет по требованию должностных лиц медицинской организации, в которой проводится экспертиза качества медицинской помощи, сведения об используемых нормативных документах, в том числе о порядках оказания медицинской помощи, клинических рекомендациях, стандартах медицинской помощи;

3) соблюдает правила врачебной этики и деонтологии, сохраняет врачебную тайну и обеспечивает сохранность полученных медицинских документов и их своевременный возврат специалисту-эксперту, организовавшему экспертизу качества медицинской помощи, или в медицинскую организацию;

4) при проведении экспертизы качества медицинской помощи в случаях, предусмотренных пунктом 42 настоящего Порядка, информирует лечащего врача и руководителя медицинской организации о предварительных результатах экспертизы качества медицинской помощи.

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).
(абзац введен Приказом Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)

101. Основными функциями руководителя экспертной группы являются:

1) подготовка предложений по составу экспертной группы;

2) проведение экспертизы качества медицинской помощи по соответствующей специальности;

3) координация работы членов экспертной группы;

4) подготовка заключения по результатам экспертизы качества медицинской помощи, обобщение выводов и рекомендаций членов экспертной группы, определение наиболее значимых нарушений при оказании медицинской помощи, повлиявших на исход оказания медицинской помощи;

5) установление задач эксперту качества медицинской помощи, являющемуся членом экспертной группы:

оценить соблюдение прав застрахованного лица на доступность и качество медицинской помощи;

оценить исполнение порядков оказания медицинской помощи по соответствующему профилю оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций по соответствующему заболеванию, стандартов медицинской помощи;

оценить влияние нарушений при оказании медицинской помощи на состояние здоровья застрахованного лица, удлинение сроков оказания медицинской помощи, создание риска прогрессирования имеющегося заболевания, возникновения нового заболевания, инвалидизацию, летальный исход;

иные задачи, позволяющие выявить нарушения при оказании медицинской помощи, в том числе оценить своевременность ее оказания, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, степень достижения запланированного результата.

При составлении заключения по результатам экспертизы качества медицинской помощи руководитель экспертной группы вправе осуществлять обобщение фактов, содержащихся в заключениях экспертов качества медицинской помощи экспертной группы.

Руководитель экспертной группы не вправе единолично изменять результаты мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи, исключать из обобщения нарушения при оказании медицинской помощи, выявленные членами экспертной группы.

Приложение
к Порядку организации и проведения
контроля объемов, сроков, качества
и условий предоставления медицинской
помощи по обязательному медицинскому
страхованию застрахованным лицам,
а также ее финансового обеспечения,
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 19 марта 2021 г. N 231н

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

Список изменяющих документов
(в ред. Приказов Минздрава России от 01.07.2021 N 696н,
от 21.02.2022 N 100н)

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований

Раздел 1. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономического контроля	
1.1.	Нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, 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.
1.2.	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 (в случае, если установление диагноза и постановка на диспансерное наблюдение должно быть осуществлено в рамках одного случая оказания медицинской помощи).
(в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)	
1.3.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации для оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной форме на койки терапевтического и хирургического профилей.
1.4.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:
1.4.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;
1.4.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;
1.4.3.	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, отсутствие сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи, по данным персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и (или) о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;
1.4.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;
1.4.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);
1.4.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты;

1.5.	Введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (включая ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе);
1.6.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в программу обязательного медицинского страхования, в том числе:
1.6.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, а также заболеваний и состояний, не входящих в программу обязательного медицинского страхования;
1.6.2.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного медицинской организации в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании;
(в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)	
1.6.3.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх размера финансового обеспечения распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного медицинской организации в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании;
(в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)	
1.6.4.	включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования, в том числе тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования Российской Федерации <1>, медицинских услуг, оказываемой частными медицинскими организациями в рамках пилотного проекта по вовлечению частных медицинских организаций в оказание медико-социальных услуг лицам в возрасте 65 лет и старше, являющимся гражданами Российской Федерации, в том числе проживающим в сельской местности.
1.7.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе:
1.7.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, неустановленным в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании;
(в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)	
1.7.2.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим установленным в соответствии с законодательством об обязательном медицинском

	страховании.
(в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)	
1.8.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности, в том числе с нарушением лицензионных требований:
1.8.1.	включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;
1.8.2.	предоставление реестров счетов в случае прекращения действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности по случаям оказания медицинской помощи, завершившимся после прекращения действия лицензии медицинской организации;
(в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)	
1.8.3.	предоставление на оплату реестров счетов в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: в том числе, данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности (на основании информации лицензирующих органов).
1.9.	Включение в реестр счетов страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации специалиста по профилю оказания медицинской помощи.
1.10.	Нарушения, связанные с повторным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе:
1.10.1.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);
1.10.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;
1.10.3.	стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;
1.10.4.	стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию;
1.10.5.	включение в реестр счетов медицинской помощи, оказанной амбулаторно, в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также

	оказания медицинской помощи (консультаций) в других медицинских организациях в экстренной и неотложной форме);
1.10.6.	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.
Раздел 2. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономической экспертизы	
2.1.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования.
2.2.	Нарушение условий оказания скорой медицинской помощи, выразившееся в несоблюдении установленного программой обязательного медицинского страхования времени доезда бригады скорой медицинской помощи, при летальном исходе до приезда бригады скорой помощи.
2.3 - 2.4.	Утратили силу. - Приказ Минздрава России от 21.02.2022 N 100н.
2.5.	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 них исследований, в том числе:
2.5.1 - 2.6.	утратили силу. - Приказ Минздрава России от 21.02.2022 N 100н.
2.7.	Представление в реестрах счетов повторных случаев госпитализации застрахованного лица по одному и тому же заболеванию с длительностью три дня и менее (за исключением случаев, связанных с патологией беременности и родами) в течение четырнадцати календарных дней при оказании медицинской помощи в указанный период в амбулаторных условиях (за исключением случаев, при которых стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией). (в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)
2.8.	Необоснованное представление в реестрах счетов случаев оказания застрахованному лицу медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в период пребывания в условиях круглосуточного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях при экстренных и неотложных состояниях).

2.9.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, входящую в базовую либо территориальную программу обязательного медицинского страхования, при оказании медицинской помощи в рамках базовой либо территориальной программы обязательного медицинского страхования.
2.10.	Приобретение пациентом или его представителем в период оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов <2>, и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека <3>, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.
(в ред. Приказа Минздрава России от 01.07.2021 N 696н)	
2.11.	Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.
2.12.	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.
(в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)	
2.13.	Отсутствие в документации (несоблюдение требований к оформлению) информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях <4>.
2.14.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятий, клинической картине заболевания; расхождение сведений об оказании медицинской помощи в различных разделах медицинской документации и (или) учетно-отчетной документации, запрошенной на проведение экспертизы).

2.15.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует табелю учета рабочего времени врача (в том числе, оказание медицинской помощи в период отпуска, обучения, командировок, выходных дней).
2.16.	Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:
2.16.1.	оплаченный случай оказания медицинской помощи не соответствует тарифу, установленному законодательством об обязательном медицинском страховании;
(в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)	
2.16.2.	включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу;
2.16.3.	некорректное (неполное) отражение в реестре счета сведений медицинской документации.
(п. 2.16.3 введен Приказом Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)	
2.17.	Отсутствие в карте стационарного больного протокола врачебной комиссии в случаях назначения застрахованному лицу лекарственного препарата, не входящего в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.
2.18.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной либо базовой программой обязательного медицинского страхования.
Раздел 3. Нарушения, выявляемые при проведении экспертизы качества медицинской помощи	
3.1.	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:
(в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)	
3.1.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;

3.1.2.	приведшее к удлинению или укорочению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);
3.1.3.	приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания;
3.1.4.	приведшее к инвалидизации;
3.1.5.	приведшее к летальному исходу (в том числе при наличии расхождений клинического и патолого-анатомического диагнозов);
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 по результатам проведенного диспансерного наблюдения, 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 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);
3.2.3.	приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);
3.2.4.	приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);
3.2.5.	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;
3.2.6.	по результатам проведенного диспансерного наблюдения.

3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий, приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания.
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 четырнадцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, тридцати дней стационарно (повторная госпитализация).
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 в плановой или неотложной форме с нарушением требований к профильности оказанной медицинской помощи (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации в неотложной и экстренной форме с последующим переводом в течение суток в профильные медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций).
3.8.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре, отсутствие пациента в медицинской организации на дату проверки.
3.9.	Необоснованное 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, в связи с выпиской лекарственных препаратов группам населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей бесплатно и с 50-процентной скидкой, наблюдения беременных женщин, посещений, связанных с выдачей справок и иных медицинских документов.

3.10.	Наличие расхождений клинического и патолого-анатомического диагнозов 2 - 3 категории, обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований (за исключением оказания медицинской помощи в экстренной форме).
(в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)	
3.11.	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.
3.12.	Нарушение прав застрахованных лиц на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, базовой программы обязательного медицинского страхования; на выбор врача.
3.13.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение лекарственных препаратов со схожим фармакологическим действием; нерациональная лекарственная терапия, в том числе несоответствие дозировок, кратности и длительности приема лекарственных препаратов с учетом стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций, связанные с риском для здоровья пациента.
(в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)	
3.14.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, в том числе:
(п. 3.14 введен Приказом Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)	
3.14.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;
(п. 3.14.1 введен Приказом Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)	
3.14.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья;
(п. 3.14.2 введен Приказом Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)	
3.14.3.	приведший к летальному исходу.
(п. 3.14.3 введен Приказом Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)	
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:
(п. 3.15 введен Приказом Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)	
3.15.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;
(п. 3.15.1 введен Приказом Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)	
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);
(п. 3.15.2 введен Приказом Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)	
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).
(п. 3.15.3 введен Приказом Минздрава России от 21.02.2022 N 100н)	

<1> В соответствии с частью 1 статьи 32 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2017, N 1, ст. 34).

<2> Распоряжение Правительства Российской Федерации от 12 октября 2019 г. N 2406-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, N 42, ст. 5979; 2020, N 48, ст. 7813).

<3> Распоряжение Правительства Российской Федерации 31 декабря 2018 г. N 3053-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, N 2, ст. 196; N 41, ст. 5780).

<4> 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; 2020, N 29, ст. 4516).