



на 2-239142 от 07.12.2021

**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(МИНЗДРАВ РОССИИ)**

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,  
Москва, ГСП-4, 127994,  
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

10.12.2021 № 11-8/1380

На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Президенту  
Союза медицинского сообщества  
«Национальная Медицинская  
Палата»

Л.М. Рошалю

ул. Мосфильмовская, д. 40,  
г. Москва,  
119285  
post@onf.ru

**Уважаемый Леонид Михайлович!**

Финансово-экономический департамент Министерства здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Соглашением между Министерством здравоохранения Российской Федерации и Союзом медицинского общества «Национальная медицинская палата» о сотрудничестве в области здравоохранения от 22 января 2021 г. направляет на рассмотрение проект приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации «О внесении изменений в Порядок проведения контроля объемов, сроков, качества условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. № 231н» (далее – проект приказа).

Просим рассмотреть проект приказа в возможно короткий срок и представить позицию Национальной медицинской палаты, в том числе на адрес электронной почты mordanls@rosminzdrav.ru.

Приложение: 15 л. в 1 экз.

Директор Финансово-  
экономического  
департамента

Подлинник электронного документа, подписанного ЭП,  
хранится в системе электронного документооборота  
Министерства Здравоохранения  
Российской Федерации.

Н.В. Сибирякова

**СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП**

Сертификат: 01D76CED78FE0000000000000CB00060002  
Кому выдан: Сибирякова Наталья Витальевна  
Действителен: с 29.06.2021 до 29.06.2022

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

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

Утвердить изменения, которые вносятся в Порядок проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. № 231н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2021 г., регистрационный № 63410), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 июля 2021 г. № 696 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный № 64445), согласно приложению.

Министр

М.А. Мурашко

Приложение  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_ г. № \_\_\_\_\_

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

1. Пункт 8 изложить в следующей редакции:

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

2. Сноску «2» к пункту 8 исключить.

3. Пункты 10 – 12 изложить в следующей редакции:

«10. Медико-экономический контроль проводится:

- 1) Федеральным фондом обязательного медицинского страхования - в соответствии с договором в рамках базовой программы;
- 2) территориальным фондом - в соответствии с договором по обязательному медицинскому страхованию.

11. При медико-экономическом контроле оценивается:

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

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

осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»);

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

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

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

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

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

медицинского страхования), или в соответствии с частью 3<sup>1</sup> статьи 30 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (для медицинской помощи, оказываемой по договору в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования);

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

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

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

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

2) оказания онкологической медицинской помощи;

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

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

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) случаев 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.

12. Выявленные в реестрах счетов нарушения отражаются в заключениях о результатах медико-экономического контроля по случаю оказания медицинской помощи и по счету на оплату медицинской помощи по форме, установленной Федеральным фондом<sup>5</sup>, с указанием суммы неоплаты и (или) уменьшения оплаты оказанной медицинской помощи.».

4. Подпункты 3 и 4 пункта 13 признать утратившими силу.

5. Подпункт 4 пункта 17 изложить в следующей редакции:

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

6. Подпункт 6 пункта 18 изложить в следующей редакции:

«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;».

7. Пункт 20 изложить в следующей редакции:

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

8. В пункте 22:

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

б) в подпункте 3 после слов «соблюдения цикличности» дополнить словами «и полноты»;

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

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

д) дополнить подпунктом 8 следующего содержания:

«8) отказа бюро медико-социальной экспертизы при первом выходе на

инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей в получении инвалидности или переосвидетельствовании указанной категории лиц в связи с неполным обследованием застрахованного лица, при получении информации в рамках межведомственного взаимодействия с целью последующего проведения экспертизы качества медицинской помощи.».

9. В пункте 23:

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

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

10. Абзац первый пункта 24 изложить в следующей редакции:

«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», составляет не менее:».

11. Пункт 25 изложить в следующей редакции:

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

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

При выявлении отсутствия в медицинской документации предусмотренных подпунктом 6 пункта 18 настоящего Порядка сведений о рекомендациях медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров соответствующая информация еженедельно обобщается и направляется территориальным фондом/Федеральным фондом соответственно в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, Министерство здравоохранения Российской Федерации для принятия мер по достижению цели федерального проекта «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий»

национального проекта «Здравоохранение»».

12. Пункт 25 дополнить сноской «7» следующего содержания:

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

13. Абзац первый пункта 32 изложить в следующей редакции:

«32. Объем плановых и внеплановых экспертиз качества медицинской помощи 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 не менее:».

14. Пункт 34 признать утратившим силу.

15. Пункт 37 дополнить подпунктом 7 следующего содержания:

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

16. Пункт 43 изложить в следующей редакции:

«43. По итогам экспертизы качества медицинской помощи экспертом составляется и направляется в территориальный фонд/Федеральный фонд или страховую медицинскую организацию экспертное заключение (протокол) о результатах экспертизы качества медицинской помощи по форме, утверждаемой Федеральным фондом<sup>11</sup>.

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

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

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).».

17. Пункт 43 дополнить сноской «11» следующего содержания:

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

18. В абзаце шестом пункта 44 слова «с приложением планов мероприятий по устранению нарушений при оказании медицинской помощи, выявленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи» исключить.

19. Пункт 63 изложить в следующей редакции:

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

20. В пункте 64:

а) абзац первый изложить в следующей редакции:

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

б) подпункт 2 признать утратившим силу.

21. Пункт 69 изложить в следующей редакции:

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

22. Пункты 69 – 71 изложить в следующей редакции:

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

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

69.2. Территориальный фонд/Федеральный фонд/страховая медицинская

организация доводит до медицинской организации заключения по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи не позднее пяти рабочих дней со дня завершения соответственно медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

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

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

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

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

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 пяти рабочих дней с даты получения указанного заключения формирует и направляет в территориальный фонд/Федеральный фонд/страховую медицинскую организацию протокол разногласий по форме, утверждаемой Федеральным фондом, с указанием мотивированной позиции медицинской организации по существу нарушений, выявленных в ходе проведения контроля.

71.2. При согласии медицинской организации с заключением и мерами, применяемыми к медицинской организации по результатам экспертизы качества медицинской помощи, медицинская организация формирует по форме, утверждаемой Федеральным фондом, план мероприятий по устранению выявленных нарушений и направляет его в территориальный фонд/Федеральный фонд/страховую медицинскую организацию в течение пятнадцати рабочих дней со дня получения заключения, а также информирует территориальный фонд/Федеральный фонд/страховую медицинскую организацию не позднее двадцати рабочих дней со дня исполнения мероприятий плана.

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-экономического контроля сведения об

оказании медицинской помощи.

71.4. Страховая медицинская организация/территориальный фонд/Федеральный фонд рассматривает протокол разногласий в течение десяти рабочих дней с момента его получения и по итогам рассмотрения направляют медицинской организации повторное заключение по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи или мотивированную позицию по протоколу разногласий.».

23. В пункте 72 слово «актом» заменить словами «в соответствии с настоящим Порядком».

24. Абзацы седьмой – двадцать второй пункта 75 признать утратившими силу.

25. Пункт 76 изложить в следующей редакции:

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

В случае необходимости проведения экспертизы качества медицинской помощи случаев оказания медицинской помощи, отобранных по результатам медико-экономической экспертизы, или медико-экономической экспертизы по результатам проведения экспертизы качества медицинской помощи финансовые санкции к медицинской организации применяются по итогам проведения экспертизы качества медицинской помощи и медико-экономической экспертизы.».

26. Пункт 77 дополнить словами «(Федеральный фонд, территориальный фонд)».

27. Пункт 78 признать утратившим силу.

28. В абзаце втором пункта 86 слова «в пункте 89» заменить словами «в пунктах 22, 35, 37».

29. В абзаце третьем пункта 87 слова «в пункте 89» заменить словами «в пунктах 22, 35, 37».

30. Пункт 89 признать утратившим силу.

31. В пункте 92 слово «соответствий» заменить словом «соответствии».

32. Пункты 94 и 95 изложить в следующей редакции:

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

95. Основными функциями специалиста-эксперта являются:

1) по поручению территориального фонда/Федерального фонда/страховой медицинской организации контроль 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) отбор случаев для экспертизы качества медицинской помощи по результатам проведения медико-экономической экспертизы и обоснование необходимости ее проведения;

3) 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);

4) 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;

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

6) обобщение и анализ результатов контроля, подготовка предложений по осуществлению целевых и плановых медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи;

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

33. Пункты 96 и 97 признать утратившими силу.

34. Абзац третий пункта 98 признать утратившим силу.

35. Пункт 100 дополнить абзацем следующего содержания:

«Эксперт качества медицинской помощи по итогам проведения экспертизы качества медицинской помощи осуществляет в случае поступления протоколов разногласий или претензий по итогам рассмотрения медицинской организацией составленных экспертом экспертных заключений по результатам экспертизы качества медицинской помощи 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 в части протоколов разногласий).».

36. В приложении к Порядку:

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

б) в графе «Перечень оснований» кода нарушения/дефекта 1.6.2. раздела 1 слова «решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного

медицинского страхования» заменить словами «медицинской организации в соответствии с законодательством Российской Федерации»;

в) в графе «Перечень оснований» кода нарушения/дефекта 1.6.3. раздела 1 слова «решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования» заменить словами «медицинской организации в соответствии с законодательством Российской Федерации»;

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

д) коды нарушения/дефекта 2.3. - 2.3.3., 2.5. - 2.6. раздела 2 признать утратившими силу;

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

«Непредставление медицинской документации, учетно-отчетной документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации, а также результатов внутреннего и внешнего контроля медицинской организации, безопасности оказания медицинской помощи без объективных причин в течение 5 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.»;

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

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

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

«Установление неверного диагноза, связанное с невыполнением, несвоевременным или ненадлежащим выполнением необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе по результатам проведенного диспансерного наблюдения, рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий.»;

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

«Наличие расхождений клинического и патолого-анатомического диагнозов 2-3 категории, обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований в связи с несоответствием оснащения медицинской организации (структурного подразделения медицинской организации) требованиям к оснащению,

предусмотренным порядком оказания медицинской помощи (за исключением оказания медицинской помощи в экстренной форме).»;

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

л) раздел 3 дополнить кодами нарушений/дефектов 3.14. - 3.15.3. следующего содержания:

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

3.14.1. с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;

3.14.2. с последующим ухудшением состояния здоровья;

3.14.3. приведший к летальному исходу.

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

3.15.1. с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;

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

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

**Пояснительная записка**  
**к проекту приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации**  
**«О внесении изменений в Порядок проведения контроля объемов, сроков,**  
**качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному**  
**медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового**  
**обеспечения, утвержденный приказом Министерства здравоохранения**  
**Российской Федерации от 19 марта 2021 г. № 231н»**

Министерством здравоохранения Российской Федерации разработан проект приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации «О внесении изменений в Порядок проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. № 231н» (далее – проект приказа).

Проект приказа предусматривает уточнение порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, в том числе:

- изменяется предмет оценки при медико-экономическом контроле;
- исключается возможность проведения территориальным фондом обязательного медицинского страхования повторных медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, а также проведения страховой медицинской организацией медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи по заданию Федерального фонда обязательного медицинского страхования и (или) территориального фонда обязательного медицинского страхования, осуществляемых во внеплановой форме, на основании получения страховой медицинской организации и медицинской организации от территориального фонда обязательного медицинского страхования (медицинской организации от Федерального фонда) результатов медико-экономического контроля, оформленных заключением;
- дополняется случаями, при которых проводятся внеплановая медико-экономическая экспертиза, а также мультидисциплинарная внеплановая целевая экспертиза качества медицинской помощи;
- уточняется раздел учет и использование результатов контроля;
- сокращаются результаты 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);
- исключаются причины, по которым требуется дополнительное рассмотрение реестра счета;

- корректируются основные задачи и функции специалистов-экспертов, которые осуществляют медико-экономическую экспертизу и экспертизу качества медицинской помощи.

Кроме того, проектом приказа предусматриваются изменения в Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (приложение).