

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПРИКАЗ

от 19 марта 2021 года 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

(с изменениями на 21 февраля 2022 года)
(редакция, действующая с 1 июля 2022 года)

Информация об изменяющих документах

— Документ с изменениями, внесенными:

приказом Минздрава России от 1 июля 2021 года N 696н (Официальный интернет-портал правовой информации www.pravo.gov.ru, 29.07.2021, N 0001202107290023);

приказом Минздрава России от 21 февраля 2022 года N 100н (Официальный интернет-портал правовой информации www.pravo.gov.ru, 01.03.2022, N 0001202203010025) (о порядке вступления в силу см. пункт 2 приказа Минздрава России от 21 февраля 2022 года 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

Зарегистрировано
в Министерстве юстиции
Российской Федерации
13 мая 2021 года,
регистрационный N 63410

Порядок проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения
(с изменениями на 21 февраля 2022 года)

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"](#) (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.

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;

(Абзац в редакции, введенной в действие с 12 марта 2022 года [приказом Минздрава России от 21 февраля 2022 года N 100н](#). - См. [предыдущую редакцию](#))

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.

(Пункт в редакции, введенной в действие с 12 марта 2022 года [приказом Минздрава России от 21 февраля 2022 года N 100н](#). - См. [предыдущую редакцию](#))

Сноска исключена с 12 марта 2022 года - [приказ Минздрава России от 21 февраля 2022 года N 100н](#). - См. [предыдущую редакцию](#).

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 .

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.

(Пункт в редакции, введенной в действие с 12 марта 2022 года [приказом Минздрава России от 21 февраля 2022 года N 100н](#). - См. [предыдущую редакцию](#))

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 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_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).

(Пункт в редакции, введенной в действие с 12 марта 2022 года [приказом Минздрава России от 21 февраля 2022 года N 100н](#). - См. [предыдущую редакцию](#))

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

(Пункт дополнительно включен с 12 марта 2022 года [приказом Минздрава России от 21 февраля 2022 года 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 ;

[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.

(Пункт дополнительно включен с 12 марта 2022 года [приказом Минздрава России от 21 февраля 2022 года N 100н](#))

Абзац утратил силу с 12 марта 2022 года - [приказ Минздрава России от 21 февраля 2022 года N 100н](#). - См. [предыдущую редакцию](#).

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 дополнительно включен с 12 марта 2022 года [приказом Минздрава России от 21 февраля 2022 года 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 года N 231н

**Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения
оплаты медицинской помощи)
(с изменениями на 21 февраля 2022 года)**

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).
(Пункт в редакции, введенной в действие с 12 марта 2022 года приказом Минздрава России от 21 февраля 2022 года N 100н . - См. предыдущую редакцию)	
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;
(Пункт в редакции, введенной в действие с 12 марта 2022 года приказом Минздрава России от 21 февраля 2022 года N 100н. - См. предыдущую редакцию)	
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;
(Пункт в редакции, введенной в действие с 12 марта 2022 года приказом Минздрава России от 21 февраля 2022 года N 100н. - См. предыдущую редакцию)	
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, 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.

<p>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).</p>	
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; (Пункт в редакции, введенной в действие с 12 марта 2022 года приказом Минздрава России от 21 февраля 2022 года N 100н. - См. предыдущую редакцию)
1.7.2.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим установленным в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании. (Пункт в редакции, введенной в действие с 12 марта 2022 года приказом Минздрава России от 21 февраля 2022 года N 100н. - См. предыдущую редакцию)
1.8.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных 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; (Пункт в редакции, введенной в действие с 12 марта 2022 года приказом Минздрава России от 21 февраля 2022 года N 100н. - См. предыдущую редакцию)
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.	Пункт утратил силу с 12 марта 2022 года - приказ Минздрава России от 21 февраля 2022 года N 100н . - См. предыдущую редакцию .
2.3.1.	Пункт утратил силу с 12 марта 2022 года - приказ Минздрава России от 21 февраля 2022 года N 100н . - См. предыдущую редакцию .
2.3.2.	Пункт утратил силу с 12 марта 2022 года - приказ Минздрава России от 21 февраля 2022 года N 100н . - См. предыдущую редакцию .
2.3.3.	Пункт утратил силу с 12 марта 2022 года - приказ Минздрава России от 21 февраля 2022 года N 100н . - См. предыдущую редакцию .
2.4.	Пункт утратил силу с 12 марта 2022 года - приказ Минздрава России от 21 февраля 2022 года N 100н . - См. предыдущую редакцию .
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.	Пункт утратил силу с 12 марта 2022 года - приказ Минздрава России от 21 февраля 2022 года N 100н . - См. предыдущую редакцию .
2.5.2.	Пункт утратил силу с 12 марта 2022 года - приказ Минздрава России от 21 февраля 2022 года N 100н . - См. предыдущую редакцию .
2.5.3.	Пункт утратил силу с 12 марта 2022 года - приказ Минздрава России от 21 февраля 2022 года N 100н . - См. предыдущую редакцию .
2.6.	Пункт утратил силу с 12 марта 2022 года - приказ Минздрава России от 21 февраля 2022 года N 100н . - См. предыдущую редакцию .
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

	<p>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).</p> <p>(Пункт в редакции, введенной в действие с 12 марта 2022 года приказом Минздрава России от 21 февраля 2022 года N 100н. - См. предыдущую редакцию)</p>
2.8.	<p>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).</p>
2.9.	<p>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.</p>
2.10.	<p>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, и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>(Пункт в редакции, введенной в действие с 9 августа 2021 года приказом Минздрава России от 1 июля 2021 года N 696н. - См. предыдущую редакцию)</p>
<p>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).</p> <p>Распоряжение Правительства Российской Федерации 31 декабря 2018 г. N 3053-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, N 2, ст.196; N 41, ст.5780).</p>	
2.11.	<p>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.</p>
2.12.	<p>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.</p> <p>(Пункт в редакции, введенной в действие с 12 марта 2022 года приказом Минздрава России от 21 февраля 2022 года N 100н. - См. предыдущую редакцию)</p>
2.13.	<p>Отсутствие в документации (несоблюдение требований к оформлению) информированного добровольного согласия застрахованного лица на</p>

	медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях .
<p>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).</p>	
2.14.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания; 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;
<p>(Пункт в редакции, введенной в действие с 12 марта 2022 года приказом Минздрава России от 21 февраля 2022 года N 100н. - См. предыдущую редакцию)</p>	
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.
<p>(Пункт дополнительно включен с 12 марта 2022 года приказом Минздрава России от 21 февраля 2022 года N 100н)</p>	
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:

(Пункт в редакции, введенной в действие с 12 марта 2022 года [приказом Минздрава России от 21 февраля 2022 года N 100н](#). - См. [предыдущую редакцию](#))

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).
(Пункт в редакции, введенной в действие с 12 марта 2022 года приказом Минздрава России от 21 февраля 2022 года N 100н . - См. предыдущую редакцию)	
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.	<p>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.</p> <p>(Пункт в редакции, введенной в действие с 12 марта 2022 года приказом Минздрава России от 21 февраля 2022 года N 100н. - См. предыдущую редакцию)</p>
3.14.	<p>Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, в том числе:</p> <p>(Пункт дополнительно включен с 12 марта 2022 года приказом Минздрава России от 21 февраля 2022 года N 100н)</p>
3.14.1.	<p>с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;</p> <p>(Пункт дополнительно включен с 12 марта 2022 года приказом Минздрава России от 21 февраля 2022 года N 100н)</p>
3.14.2.	<p>с последующим ухудшением состояния здоровья;</p> <p>(Пункт дополнительно включен с 12 марта 2022 года приказом Минздрава России от 21 февраля 2022 года N 100н)</p>
3.14.3.	<p>приведший к летальному исходу.</p> <p>(Пункт дополнительно включен с 12 марта 2022 года приказом Минздрава России от 21 февраля 2022 года N 100н)</p>
3.15.	<p>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:</p> <p>(Пункт дополнительно включен с 12 марта 2022 года приказом Минздрава России от 21 февраля 2022 года N 100н)</p>
3.15.1.	<p>с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;</p> <p>(Пункт дополнительно включен с 12 марта 2022 года приказом Минздрава России от 21 февраля 2022 года N 100н)</p>
3.15.2.	<p>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);</p> <p>(Пункт дополнительно включен с 12 марта 2022 года приказом Минздрава России от 21 февраля 2022 года N 100н)</p>
3.15.3.	<p>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).</p> <p>(Пункт дополнительно включен с 12 марта 2022 года приказом Минздрава России от 21 февраля 2022 года N 100н)</p>

Редакция документа с учетом
изменений и дополнений подготовлена
АО "Кодекс"