



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

(Минздрав России)

МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**ЗАРЕГИСТРИРОВАНО**

Регистрационный № 63410

от "13" марта 2021 г.

**П Р И К А З**

19 марта 2021 г.

№ 2314

Москва

**Об утверждении**

**Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества  
и условий предоставления медицинской помощи  
по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам,  
а также ее финансового обеспечения**

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), 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. № 231н

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

**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. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»<sup>1</sup> (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.

2. Цель настоящего Порядка – регулирование мероприятий, направленных на реализацию прав застрахованных лиц в сфере

<sup>1</sup> Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2020, № 50, ст. 8075.

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, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи;

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 по профилю «онкология» осуществляется с применением информационных ресурсов Федерального фонда, территориального фонда, сведений в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, государственных информационных системах в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации (далее – соответственно ЕГИСЗ, ГИСЗ), данных первичной медицинской документации и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу<sup>2</sup>, по случаям подозрения на онкологическое заболевание или установленного диагноза онкологического заболевания, по впервые выявленному заболеванию или продолжающемуся лечению.

### **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

---

<sup>2</sup> Статья 44 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2018, № 31, ст. 4857).

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<sup>3</sup>.

10. Медико-экономический контроль осуществляется в течение пяти рабочих дней (за исключением случая, указанного в пункте 86 настоящего Порядка) после представления медицинскими организациями счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной в соответствии с договором в рамках базовой программы и (или) договором по обязательному медицинскому страхованию (далее – реестр счета):

- 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 осуществляется проверка:

- 1) по всем страховым случаям в рамках программ обязательного медицинского страхования в целях установления отсутствия превышения медицинской организацией объемов медицинской помощи, подлежащих оплате за счет средств обязательного медицинского страхования, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, установленных договором в рамках базовой программы, и объемов их финансового обеспечения;

- 2) по каждому страховому случаю в целях:

выявления в реестрах счетов нарушений, связанных с их оформлением; идентификации лица, застрахованного конкретной страховой медицинской организацией;

проверки соответствия оказанной медицинской помощи программам обязательного медицинского страхования, условиям договора по обязательному медицинскому страхованию, договора в рамках базовой программы, действующей лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;

выявления случаев 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

<sup>3</sup> В соответствии с частью 3 статьи 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

проведения диспансерного наблюдения<sup>4</sup>, в том числе в целях отбора случаев оказания медицинской помощи для проведения медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества медицинской помощи;

проверки обоснованности 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<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);

проверки обоснованности 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);

выявления случаев оказания медицинской помощи застрахованным лицам, 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;

выявления случаев оказания онкологической медицинской помощи, в том числе в целях отбора случаев оказания медицинской помощи для проведения медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества медицинской помощи;

выявления случаев лечения застрахованных лиц с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 на всех этапах оказания медицинской помощи (U07.1, U07.2) с летальным исходом в целях отбора случаев оказания медицинской помощи для проведения медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества медицинской помощи;

выявления случаев госпитализации застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (далее – непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации для

---

<sup>4</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 марта 2019 г. № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 апреля 2019 г., регистрационный № 54513).  
Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 4 июня 2020 г. № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 26 июня 2020 г., регистрационный № 58786).

оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной форме на койки терапевтического и хирургического профилей, в том числе в целях отбора случаев оказания медицинской помощи для проведения экспертизы качества медицинской помощи;

выявления случаев 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, в целях отбора случаев оказания медицинской помощи для проведения медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества медицинской помощи;

выявления случаев направления на оказание (оказания) медицинской помощи с применением экстракорпорального оплодотворения в целях отбора случаев оказания медицинской помощи для проведения медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества медицинской помощи;

выявления случаев оказания застрахованным лицам медицинской помощи с летальным исходом в стационарных условиях и условиях дневного стационара, в амбулаторных условиях в неотложной форме, вне медицинской организации бригадами скорой медицинской помощи.

12. Выявленные в реестрах счетов нарушения отражаются в заключении о результатах медико-экономического контроля по форме, установленной Федеральным фондом<sup>5</sup>, с указанием суммы уменьшения счета в целом и по каждой записи реестра, содержащей сведения о нарушениях при оказании медицинской помощи и суммах неоплаты и (или) уменьшения оплаты оказанной медицинской помощи.

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;

---

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

3) проведения территориальным фондом повторных медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи;

4) проведения страховой медицинской организацией медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи по заданию Федерального фонда и (или) территориального фонда, осуществляемых во внеплановой форме.

#### IV. Медико-экономическая экспертиза

14. Медико-экономическая экспертиза – установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации<sup>6</sup>.

15. Медико-экономическая экспертиза проводится специалистом-экспертом.

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) наличие соответствующих записей лечащего врача в медицинской документации о рекомендациях по применению методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, данных при проведении консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских

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



центров в части оформления протоколов указанных консультаций/консилиумов и их учета в плане обследования и лечения.

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) на информационном ресурсе территориального фонда сведений о рекомендациях медицинских работников 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) 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 удлинённых 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 в пределах одного календарного года.

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) 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 в части своевременности назначения и проведения диагностических исследований и лечебных мероприятий, консилиума врачей после первичного установление онкологического заболевания, соблюдения цикличности 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, 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;

б) оказания медицинской помощи застрахованным лицам без указания в реестре счета признака летального исхода, по которым территориальный фонд имеет сведения о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи (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.

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 подпунктом 2 пункта 22 настоящего Порядка, срок проведения которой не зависит от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи.

Срок проведения внеплановой медико-экономической экспертизы по случаям, предусмотренным подпунктом 1 пункта 22 настоящего Порядка, исчисляется с рабочего дня, следующего за днем оформления акта медико-экономического контроля, содержащего информацию о повторном обращении (госпитализации).

24. Объем ежемесячных медико-экономических экспертиз (плановых и внеплановых) от числа принятых к оплате случаев оказания медицинской помощи в каждой медицинской организации составляет не менее:

- 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 заключение о результатах медико-экономической экспертизы по форме, утверждаемой Федеральным

фондом<sup>7</sup>. В случае составления заключения о результатах медико-экономической экспертизы в форме документа на бумажном носителе оно составляется 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 заключение о результатах медико-экономической экспертизы дополнительно направляется 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» в течение суток со дня выявления отсутствия в медицинской документации сведений о рекомендациях.

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<sup>8</sup>.

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.

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

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

Экспертиза качества медицинской помощи проводится на основании критериев оценки качества медицинской помощи, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 мая 2017 г., регистрационный № 46740).

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

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 от числа принятых к оплате случаев оказания медицинской помощи составляет:

- 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,

---

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