

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ПРИКАЗ

от 28 февраля 2019 г. N 36

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА
ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЯ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА
И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ**

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; 2011, N 49, ст. 7047; 2012, N 49, ст. 6758; 2013, N 27, ст. 3477) приказываю:

1. Утвердить прилагаемый Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – Порядок).

2. Признать утратившими силу:

приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 января 2011 г., регистрационный N 19614);

приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16 августа 2011 г. N 144 "О внесении изменений в Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. N 230" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 декабря 2011 г., регистрационный N 22523);

приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21 июля 2015 г. N 130 "О внесении изменений в Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. N 230" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 июля 2015 г., регистрационный N 38182);

приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 29 декабря 2015 г. N 277 "О внесении изменений в

Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. N 230" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 января 2016 г., регистрационный N 40813);

приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 22 февраля 2017 г. N 45 "О внесении изменений в Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. N 230" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 мая 2017 г., регистрационный N 46609).

3. Руководителям территориальных фондов обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организаций использовать прилагаемый Порядок при организации и проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Председатель
Н.Н.СТАДЧЕНКО

**ПОРЯДОК
ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЯ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА
И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ**

I. Общие положения

1. Настоящий Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – Порядок) разработан в соответствии с главой 9 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" <1> (далее – Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации") и определяет правила и процедуру организации и проведения страховыми медицинскими организациями и фондами обязательного медицинского страхования контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями в объеме и на условиях, которые установлены территориальной программой обязательного медицинского страхования и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

<1> Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2011, N 25, ст. 3529, N 49, ст. 7047, 7057; 2012, N 31, ст. 4322, N 49, ст. 6758; 2013, N 7, ст. 606, N 27, ст. 3477, N 30, ст. 4084, N 39, ст. 4883, N 48, ст. 6165, N 52, ст. 6955; 2014, N 11, ст. 1098, N 28, ст. 3851, N 30, ст. 4269, N 49, ст. 6927; 2015, N 51, ст. 7245; 2016, N 1, ст. 52, N 27, ст. 4183, 4219; 2017, N 1, ст. 12, 13, 14, 34; 2018, N 27, ст. 3947, N 31, ст. 4857, N 49, ст. 7497, 7509; 2019, N 6, ст. 464.

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 территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования, создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования.

**II. Цели контроля объемов, сроков, качества и условий
предоставления медицинской помощи по обязательному
медицинскому страхованию**

3. К контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – контроль) относятся мероприятия по проверке соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи объему и условиям, которые установлены территориальной программой обязательного медицинского страхования и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

4. Объектом контроля является организация и оказание медицинской помощи застрахованному лицу по обязательному медицинскому страхованию.

5. Субъектами контроля являются территориальные фонды обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации и медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования <2>.

<2> В соответствии с частью 1 статьи 14 и частью 1 статьи 15 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

6. Цели контроля:

1) обеспечение бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи в объеме и на условиях, которые установлены территориальной программой обязательного медицинского страхования и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

2) защита прав застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, с учетом результатов опросов застрахованных лиц о качестве и доступности медицинской помощи;

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

несоответствия оказанной медицинской помощи 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 пациенту 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, оказываемой в плановой форме, 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 амбулаторно, предусматривающих планировочные решения внутренних пространств, обеспечивающих комфортность пребывания пациентов, включая организацию открытой регистратуры с инфоматом, электронного табло с расписанием приема врачей, колл-центра, системы навигации, зоны комфортного пребывания в холлах и оснащение входа автоматическими дверями <3>;

<3> Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. N 543н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 июня 2012 г., регистрационный N 24726) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 июня 2015 г. N 361н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 7 июля 2015 г., регистрационный N 37921), от 30 сентября 2015 г. N 683н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 24 ноября 2015 г., регистрационный N 39822), от 30 марта 2018 г. N 139н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 16 августа 2018 г., регистрационный N 51917), от 27 марта 2019 г. N 164н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 22 апреля 2019 г. N 54470).

4) проверка исполнения медицинскими организациями обязательств по оказанию необходимой медицинской помощи застрахованному лицу в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями обязательств по оплате медицинской помощи, оказанной в соответствии с указанной программой;

5) оптимизация расходов, связанных с оплатой медицинской помощи при наступлении страхового случая, и снижение страховых рисков в обязательном медицинском страховании.

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

8. В целях контроля оказанной застрахованному лицу медицинской помощи по профилю "онкология" страховая медицинская организация посредством информационного ресурса территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее – территориальный фонд) ведет персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, по случаям подозрения на онкологическое заболевание или установленного диагноза онкологического заболевания, по впервые выявленному заболеванию или продолжающемуся лечению, обеспечивая сбор,

обработку, передачу и хранение сведений об оказанной медицинской помощи в хронологической последовательности по датам оказания законченных случаев лечения и/или медицинских услуг <4>.

<4> Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 января 2011 г. N 29н "Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 февраля 2011 г., регистрационный N 19742) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 декабря 2016 г. N 941н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 1 февраля 2017 г. N 45494), от 15 января 2019 г. N 12н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 января 2019 г. N 53618).

III. Медико-экономический контроль

9. Медико-экономический контроль в соответствии с частью 3 статьи 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" - установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию территориальной программе обязательного медицинского страхования, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.

10. Медико-экономический контроль осуществляется специалистами страховых медицинских организаций и территориальных фондов в течение трех рабочих дней после представления медицинскими организациями реестров счетов на оплату медицинской помощи в сроки, установленные предусмотренным статьей 39 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

11. При медико-экономическом контроле проводится контроль оказанной и поданной на оплату за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи по каждому страховому случаю в целях:

1) проверки реестров счетов на соответствие установленному порядку информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования <5>;

<5> Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011 г. N 79 "Общие принципы построения и функционирования информационных систем и порядок

информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования" (далее - приказ N 79) с изменениями, внесенными приказами Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 9 сентября 2016 г. N 169, от 17 ноября 2017 г. N 323, от 23 марта 2018 г. N 54, от 28 сентября 2018 г. N 200, от 13 декабря 2018 г. N 285 (согласно письму Министерства юстиции Российской Федерации от 27 июля 2018 года N 01/99744-ЮЛ приказ N 79 не подлежал представлению на государственную регистрацию в Министерство юстиции Российской Федерации) .

2) идентификации лица, застрахованного конкретной страховой медицинской организацией;

3) проверки соответствия оказанной медицинской помощи:

территориальной программе обязательного медицинского страхования;

условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

действующей лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;

4) проверки обоснованности применения тарифов на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, их соответствие способам оплаты медицинской помощи, установленным тарифным соглашением, предусмотренным статьей 30 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", и договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

5) 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, созданной в субъекте Российской Федерации в соответствии с частью 9 статьи 36 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", (далее - комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования) ;

6) 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 проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований <6>.

<6> 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., N 54513).

12. Выявленные в реестрах счетов нарушения отражаются в акте медико-экономического контроля по форме согласно приложению 1 к настоящему Порядку <7> с указанием суммы уменьшения счета по каждой записи реестра, содержащей сведения о нарушениях при оказании медицинской помощи.

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

13. В соответствии с частями 9 и 10 статьи 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" результаты медико-экономического контроля, оформленные актом, предусмотренным пунктом 12 настоящего Порядка, являются основанием для применения мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (приложение 8 к настоящему Порядку), а также могут являться основанием для проведения медико-экономической экспертизы; организации и проведения экспертизы качества медицинской помощи; проведения повторного медико-экономического контроля, повторных медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи территориальным фондом или страховой медицинской организацией по заданию территориального фонда.

IV. Медико-экономическая экспертиза

14. Медико-экономическая экспертиза в соответствии с частью 4 статьи 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" - установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.

15. Медико-экономическая экспертиза проводится специалистом-экспертом (пункт 99 настоящего Порядка).

16. Медико-экономическая экспертиза осуществляется в виде:

- 1) целевой медико-экономической экспертизы;
- 2) плановой медико-экономической экспертизы.

17. Целевая медико-экономическая экспертиза проводится во всех случаях:

1) повторных обращений по поводу одного и того же заболевания: в течение тридцати дней – при оказании медицинской помощи амбулаторно, стационарно; в течение двадцати четырех часов от момента предшествующего вызова – при повторном вызове скорой медицинской помощи;

2) получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность медицинской помощи в медицинской организации;

3) оказания медицинской помощи по профилю "онкология" с применением 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) госпитализации застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в плановой форме в стационаре (структурном подразделении стационара) другого профиля в соответствии с порядками оказания медицинской помощи (в целях настоящего Порядка далее – непрофильная госпитализация).

18. Целевая медико-экономическая экспертиза проводится в течение месяца с рабочего дня, следующего за днем оформления акта медико-экономического контроля (приложение 1 к настоящему Порядку), за исключением целевой медико-экономической экспертизы по случаям, предусмотренным подпунктом 2 пункта 17 настоящего Порядка, срок проведения которой не зависит от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи.

Срок проведения целевой медико-экономической экспертизы по случаям, предусмотренным подпунктом 1 пункта 17 настоящего Порядка, исчисляется с рабочего дня, следующего за днем оформления акта медико-экономического контроля, содержащего информацию о повторном обращении (госпитализации).

19. Плановая медико-экономическая экспертиза проводится по принятым к оплате случаям оказания застрахованному лицу медицинской помощи, отобранным:

1) методом случайной выборки;

2) по тематически однородной совокупности случаев (далее – плановая тематическая медико-экономическая экспертиза).

20. Плановая медико-экономическая экспертиза методом

случайной выборки 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.

21. Плановая тематическая медико-экономическая экспертиза проводится в отношении определенной совокупности принятых к оплате случаев оказания медицинской помощи, отобранных по тематическим признакам (например, частота и виды послеоперационных осложнений, продолжительность лечения, стоимость медицинских услуг) в каждой медицинской организации или группе медицинских организаций, предоставляющих медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию одного вида или в одних условиях, в пределах одного года с даты предоставления к оплате счетов и реестров счетов.

22. При проведении плановой медико-экономической экспертизы оцениваются:

1) характер, частота и причины нарушений прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в установленных договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию объеме, сроках, качестве и условиях;

2) объем оказанной медицинской организацией медицинской помощи и его соответствие установленному решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объему, подлежащему оплате за счет средств обязательного медицинского страхования;

3) частота и характер нарушений медицинской организацией, связанных с формированием реестров счетов;

4) соответствие оказанной застрахованному лицу медицинской помощи по профилю "онкология" клиническим рекомендациям, порядкам оказания медицинской помощи, стандартам медицинской помощи, в том числе своевременность проведения диагностических исследований и лечебных мероприятий;

5) наличие записей лечащего врача в медицинской документации о рекомендациях по применению методов профилактики, диагностики, лечения и 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).

23. Объем ежемесячных медико-экономических экспертиз от числа принятых к оплате случаев оказания медицинской помощи составляет не менее:

- 1) при оказании медицинской помощи вне медицинской организации – 3%;
- 2) при оказании медицинской помощи амбулаторно – 0,8%;
- 3) при оказании медицинской помощи в дневном стационаре – 8%;
- 4) при оказании медицинской помощи стационарно – 8%.

24. В случае если количество поданных на оплату случаев оказания медицинской помощи по условиям оказания (амбулаторно, стационарно, вне медицинской организации) в отчетном месяце увеличилось на десять процентов по сравнению с предыдущим месяцем и (или) аналогичным периодом предыдущего календарного года, территориальный фонд поручает страховой медицинской организации проведение тематической экспертизы качества медицинской помощи по соответствующей нозологической форме в медицинской организации.

25. Плановая медико-экономическая экспертиза осуществляется не позднее двух месяцев с рабочего дня, следующего за днем оформления акта медико-экономического контроля, за исключением случаев, предусмотренных подпунктом 5 пункта 23 настоящего Порядка, при которых плановая медико-экономическая экспертиза осуществляется в течение двух рабочих дней со дня получения страховой медицинской организацией информации о случае проведения консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий.

26. По итогам плановой или целевой медико-экономической экспертизы специалистом-экспертом составляется акт медико-экономической экспертизы в двух экземплярах, один из которых передается в медицинскую организацию, другой – остается в страховой медицинской организации/территориальном фонде.

В случае выявления нарушений при оказании медицинской помощи (в соответствии с приложением 8 к настоящему Порядку) составляется акт медико-экономической экспертизы по форме согласно приложению 2 к настоящему Порядку <8>.

<8> В соответствии с частью 9 статьи 4 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

При выявлении на основе сведений информационного ресурса территориального фонда за истекшие сутки случая непрофильной

госпитализации застрахованного лица при оказании ему медицинской помощи в плановой форме акт медико-экономической экспертизы, оформленный по пунктам 1 - 15 и 17 установленной формы (приложение 2 к настоящему Порядку), дополнительно направляется руководителю медицинской организации, выдавшей направление на плановую госпитализацию и в орган государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья для принятия мер по обеспечению профильной госпитализации в течение суток со дня выявления случая непрофильной госпитализации.

При выявлении отсутствия в медицинской документации предусмотренных подпунктом 5 пункта 22 настоящего Порядка сведений о рекомендациях медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров акт медико-экономической экспертизы, оформленный по пунктам 1 - 15 и 18 установленной формы (приложение 2 к настоящему Порядку), дополнительно направляется в 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.

В случае отсутствия нарушений при оказании медицинской помощи (в соответствии с приложением 8 к настоящему порядку) составляется акт медико-экономической экспертизы по форме согласно приложению 2 к настоящему Порядку.

27. В соответствии с частью 9 статьи 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" результаты медико-экономической экспертизы, оформленные актом медико-экономической экспертизы, являются основанием для применения к медицинской организации мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (приложение 8 к настоящему Порядку), а также могут являться основанием для проведения экспертизы качества медицинской помощи.

V. Экспертиза качества медицинской помощи

28. В соответствии с частью 6 статьи 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" экспертиза качества медицинской помощи - выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

29. Экспертиза качества медицинской помощи проводится путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу

медицинской помощи договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям, стандартам медицинской помощи.

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

31. Экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи (пункт 104 настоящего Порядка), по поручению Федерального фонда обязательного медицинского страхования, территориального фонда или страховой медицинской организации <9>.

<9> В соответствии с частью 9 статьи 4 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

32. Экспертиза качества медицинской помощи проводится несколькими экспертами качества медицинской помощи разных специальностей, в случаях, предусмотренных пунктами 35 и 46 настоящего Порядка (далее в целях настоящего Порядка - мультидисциплинарная экспертиза качества медицинской помощи).

33. Экспертиза качества медицинской помощи осуществляется в виде:

- 1) целевой экспертизы качества медицинской помощи;
- 2) плановой экспертизы качества медицинской помощи.

34. Целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится во всех случаях:

- 1) получения жалобы от застрахованного лица или его представителя на доступность и качество медицинской помощи в медицинской организации;

- 2) летальных исходов;

- 3) внутрибольничного инфицирования и осложнения заболевания;

- 4) первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;

- 5) повторного обоснованного обращения по поводу одного и того же заболевания: в течение тридцати дней - при оказании медицинской помощи амбулаторно, стационарно; в течение двадцати четырех часов от момента предшествующего вызова - при повторном

вызове скорой медицинской помощи;

6) отобранных по результатам целевой медико-экономической экспертизы;

7) выявления по результатам целевой и тематической медико-экономической экспертизы нарушений при оказании медицинской помощи по профилю "онкология".

35. Мультидисциплинарная целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится во всех случаях:

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

2) летальных исходов при:

остром коронарном синдроме (код по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр) (далее - МКБ10) - I 20.0; I 21 - I 24);

остром нарушении мозгового кровообращения (код МКБ10 - I 60 - I 63; G 45 - G 46);

внебольничных и госпитальных пневмониях (код МКБ10 - J 12 - J 18);

злокачественных новообразованиях молочной железы у женщин (код МКБ 10 - C 50);

злокачественные новообразования предстательной железы у мужчин (код МКБ10 - C61);

3) первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей.

По случаю летального исхода застрахованного лица вне медицинской организации, по которому в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (далее - амбулаторная медицинская карта) <10>, на имя умершего застрахованного лица, представленной медицинской организацией специалисту-эксперту в соответствии с пунктом 104 настоящего Порядка, отсутствует протокол патологоанатомического вскрытия трупа умершего застрахованного лица, мультидисциплинарная экспертиза качества медицинской помощи не проводится.

<10> Форма N 025/у, утвержденная приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. N 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и

порядков по их заполнению" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 февраля 2015 г., N 36160), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации 9 января 2018 г. N 2н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 апреля 2018 г., N 50614).

36. Целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится в течение месяца с рабочего дня, следующего за днем оформления акта медико-экономического контроля (приложение 1 к настоящему Порядку), за исключением случаев, установленных законодательством Российской Федерации, и случаев, указанных в подпунктах 1, 4, 6 и 7 пункта 34 и пункте 37 настоящего Порядка.

Сроки проведения целевой экспертизы качества медицинской помощи исчисляются в случаях, предусмотренных:

1) подпунктом 2 пункта 34 настоящего Порядка, со дня получения в период проведения целевой экспертизы качества медицинской помощи результатов патологоанатомического вскрытия (при его проведении);

2) подпунктом 3 пункта 34 настоящего Порядка, со дня получения в период проведения целевой экспертизы качества медицинской помощи санитарно-эпидемиологических заключений органов и учреждений, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор при внутрибольничном инфицировании (при проведении санитарно-эпидемиологической экспертизы).

Сроки проведения целевой экспертизы качества медицинской помощи в случаях, предусмотренных:

1) подпунктом 1 пункта 34 настоящего Порядка, исчисляются со дня регистрации обращения застрахованного лица и могут быть продлены на срок не более 30 календарных дней;

2) подпунктами 6 и 7 пункта 34 настоящего Порядка, не превышают шести месяцев с рабочего дня, следующего за днем оформления акта медико-экономической экспертизы (приложения 2 к настоящему Порядку).

При выявлении страховой медицинской организацией (по результатам рассмотрения жалобы, при организации экспертизы качества медицинской помощи, по поступившей информации от органов прокурорского надзора, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, иных государственных органов и организаций, юридических лиц и индивидуальных предпринимателей) случаев летальных исходов, внутрибольничного инфицирования и осложнений заболеваний, первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится независимо от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи.

37. Сроки проведения целевой мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи составляют не более сорока пяти

рабочих дней:

1) в случаях, предусмотренных подпунктом 1 пункта 35 настоящего Порядка, с даты регистрации поступления жалобы от застрахованного лица не зависят от времени, прошедшего с момента оказания застрахованному лицу медицинской помощи;

2) в случаях, предусмотренных подпунктом 2 пункта 35 настоящего Порядка, с даты:

подписания акта медико-экономического контроля (приложение 1 к настоящему Порядку), содержащего сведения о случае оказания медицинской помощи с летальным исходом;

получения страховыми медицинскими организациями информации о посмертном заключительном рубрифицированном диагнозе умершего застрахованного лица;

поступления из территориального фонда информации о смерти застрахованного лица вне медицинской организации;

3) в случаях, предусмотренных подпунктом 3 пункта 35 настоящего Порядка, с даты поступления в страховые медицинские организации информации о случаях первичного выхода на инвалидность.

38. Мероприятия по организации экспертизы качества медицинской помощи, включая запрос материалов, необходимых для ее проведения, и их анализ, отбор эксперта качества медицинской помощи, осуществляются в течение месяца после предоставления реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам.

39. Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится с целью оценки соответствия объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи группам застрахованных лиц, распределенным по возрасту, заболеванию или группе заболеваний, порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям и стандартам медицинской помощи, условиям, предусмотренным договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в том числе с целью оценки полноты выполнения медицинскими организациями рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении телемедицинских консультаций/консилиумов.

40. Объем ежемесячных экспертиз качества медицинской помощи составляет от числа принятых к оплате случаев оказания медицинской помощи не менее:

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

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

3) при оказании медицинской помощи стационарно – 5%;

4) при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара – 3%.

41. При оказании медицинской помощи по рекомендациям медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении телемедицинских консультаций/консилиумов экспертиза качества медицинской помощи проводится ежемесячно в объеме не менее семидесяти процентов от числа принятых к оплате случаев оказания медицинской помощи с применением указанных в настоящем пункте телемедицинских консультаций/консилиумов.

42. Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится по принятым к оплате страховым случаям, отобранным:

1) методом случайной выборки;

2) по тематически однородной совокупности случаев (далее – тематическая экспертиза качества медицинской помощи).

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

44. Плановая тематическая экспертиза качества медицинской помощи проводится в отношении определенной совокупности принятых к оплате случаев оказания медицинской помощи, отобранных по тематическим признакам в каждой медицинской организации или группе медицинских организаций, предоставляющих медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию одного вида или в одних условиях.

45. Выбор тематики для проведения тематической экспертизы качества медицинской помощи осуществляется на основании показателей деятельности медицинских организаций, их структурных подразделений, с учетом предложений страховых медицинских организаций:

1) больничной летальности, частоты послеоперационных

осложнений, первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей, частоты повторных госпитализаций, средней продолжительности лечения, укороченных или удлинённых сроков лечения, стоимости медицинских услуг;

2) результатов внутреннего и ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

3) результатов проведенной медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, свидетельствующих о типичных нарушениях при оказании медицинской помощи, тенденциях их нарастания;

4) выявления случаев не включения 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 и перечнем включаемых в них исследований.

46. Мультидисциплинарная тематическая экспертиза качества медицинской помощи проводится в случаях:

1) оказания медицинской помощи при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности населения на территории субъекта Российской Федерации (по поручению территориального фонда <11>);

<11> В соответствии с частью 7 статьи 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

2) оказания медицинской помощи при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности населения в Российской Федерации (по поручению Федерального фонда обязательного медицинского страхования);

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

4) необходимости проверки полноты устранения ранее выявленных нарушений при оказании медицинской помощи спустя шесть месяцев со дня окончания предыдущей мультидисциплинарной плановой экспертизы качества медицинской помощи.

47. Сроки проведения и объемы плановых экспертиз качества медицинской помощи устанавливаются планами проверок страховыми медицинскими организациями медицинских организаций по согласованию с территориальным фондом.

Плановая экспертиза качества медицинской помощи в случаях, предусмотренных подпунктом 4 пункта 45 настоящего Порядка, проводится не реже одного раза в шесть месяцев.

48. Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится в каждой медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию, не реже одного раза в течение календарного года.

49. Экспертиза качества медицинской помощи проводится в период оказания застрахованному лицу медицинской помощи (далее – очная экспертиза качества медицинской помощи), в том числе по обращению застрахованного лица или его представителя, включающая обход подразделений медицинской организации с целью контроля условий оказания медицинской помощи, подготовки материалов для экспертного заключения, а также информирование застрахованного лица о степени соответствия оказываемой медицинской помощи порядкам оказания медицинской помощи и клиническим рекомендациям, договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, а также о правах застрахованного лица в сфере обязательного медицинского страхования, проводится экспертом качества медицинской помощи с обязательным уведомлением руководителя медицинской организации в письменной форме о дате проведения обхода подразделений медицинской организации.

50. По итогам экспертизы качества медицинской помощи составляется акт экспертизы качества медицинской помощи в двух экземплярах, один из которых передается в медицинскую организацию, другой – остается в страховой медицинской организации/территориальном фонде.

В случае выявления нарушений при оказании медицинской помощи (в соответствии с приложением 8 к настоящему Порядку) составляется акт экспертизы качества медицинской помощи по форме согласно приложению 3 к настоящему Порядку <12>.

<12> В соответствии с частью 9 статьи 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

При выявлении случаев невыполнения (неполного выполнения) медицинской организацией рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и 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) акт экспертизы качества медицинской помощи, оформленный по форме согласно приложению 3 к настоящему Порядку, дополнительно направляется в 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 оформления указанного акта.

Экспертом качества медицинской помощи, осуществлявшим проведение экспертизы качества медицинской помощи, оформляется приложение к акту экспертизы качества медицинской помощи (приложение 3 к настоящему Порядку), содержащее описание проведения и результаты экспертизы качества медицинской помощи, на основании которого составляется акт экспертизы качества медицинской помощи.

В случае отсутствия нарушений при оказании медицинской помощи (в соответствии с приложением 8 к настоящему Порядку) составляется акт экспертизы качества медицинской помощи по форме согласно приложению 3 к настоящему Порядку.

По итогам мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи составляется акт экспертизы качества медицинской помощи по форме, согласно приложению 3 к настоящему Порядку.

51. В соответствии с частями 9 и 10 статьи 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" результаты экспертизы качества медицинской помощи, оформленные актом экспертизы качества медицинской помощи, являются основанием для применения к медицинской организации мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (приложение 8 к настоящему Порядку).

52. Страховые медицинские организации на основании актов экспертизы качества медицинской помощи готовят и направляют в территориальный фонд предложения по улучшению доступности и качества медицинской помощи с приложением планов мероприятий по устранению нарушений при оказании медицинской помощи, выявленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи, представленных медицинскими организациями.

VI. Порядок осуществления территориальным фондом контроля за деятельностью страховых медицинских организаций

53. Территориальный фонд на основании части 11 статьи 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" осуществляет контроль за деятельностью страховых медицинских организаций путем организации контроля

объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, проводит медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу, экспертизу качества медицинской помощи, в том числе повторно.

54. Повторные медико-экономическая экспертиза или экспертиза качества медицинской помощи (далее также - реэкспертиза) проводятся другим специалистом-экспертом медико-экономическая экспертиза или другим экспертом качества медицинской помощи экспертиза качества медицинской помощи.

55. Повторная экспертиза качества медицинской помощи проводится параллельно или последовательно с экспертизой качества медицинской помощи, осуществляемой страховой медицинской организацией, с привлечением другого эксперта качества медицинской помощи.

56. Задачами реэкспертизы являются:

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

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

57. Реэкспертиза проводится в случаях:

1) проведения территориальным фондом документальной проверки соблюдения страховой медицинской организацией законодательства в сфере обязательного медицинского страхования;

2) выявления нарушений при организации страховой медицинской организацией контроля;

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

4) поступления претензии от медицинской организации, не урегулированной со страховой медицинской организацией (пункт 95 раздела XI настоящего Порядка);

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

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

1) основание проведения реэкспертизы;

2) тему реэкспертизы;

3) сроки проведения реэкспертизы;

4) проверяемый в рамках реэкспертизы период;

5) перечень документов, необходимых для проведения реэкспертизы.

59. В течение пяти рабочих дней после уведомления, предусмотренного пунктом 58 настоящего Порядка, территориальному фонду представляются:

1) страховой медицинской организацией – необходимые для проведения реэкспертизы копии актов медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи;

2) медицинской организацией – медицинская, учетно-отчетная и прочая документация, по дополнительному требованию – результаты внутреннего и ведомственного контроля безопасности и качества медицинской деятельности.

60. Количество страховых случаев, подвергаемых реэкспертизе, составляет:

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

3% – при оказании медицинской помощи вне медицинской организации;

0,8% – при оказании медицинской помощи амбулаторно;

8% – при оказании медицинской помощи стационарно;

8% – при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара;

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

1,5% – при оказании медицинской помощи вне медицинской организации;

0,5% – при оказании медицинской помощи амбулаторно;

5% – при оказании медицинской помощи стационарно;

3% – при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара.

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

61. Территориальный фонд направляет результаты проведения реэкспертизы, оформленные независимо от основания ее проведения актом повторной медико-экономической экспертизы (актом повторной экспертизы качества медицинской помощи) с приложением,

являющемся неотъемлемой частью акта (приложение 4 к настоящему Порядку) в страховую медицинскую организацию и медицинскую организацию в срок не позднее двадцати рабочих дней после окончания проверки.

При этом общий срок от даты получения необходимой документации согласно пункту 59 настоящего Порядка до направления акта повторной медико-экономической экспертизы (акт повторной экспертизы качества медицинской помощи) страховым медицинским организациям и медицинским организациям не может превышать сорока рабочих дней.

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

62. Страховая медицинская организация и медицинская организация в случае отсутствия согласия с результатами проведенной реэкспертизы направляют в территориальный фонд подписанный акт с протоколом разногласий не позднее десяти рабочих дней с даты получения акта.

63. Территориальный фонд в течение тридцати рабочих дней с даты получения рассматривает акт с протоколом разногласий с привлечением страховой медицинской организации и медицинской организации.

64. В соответствии с частью 14 статьи 38 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" территориальный фонд в случае выявления нарушений договорных обязательств со стороны страховой медицинской организации при возмещении ей затрат на оплату медицинской помощи уменьшает платежи на сумму выявленных нарушений или неисполненных договорных обязательств.

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

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

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

66. Территориальный фонд при выявлении нарушений в

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

- 1) наименование комиссии территориального фонда;
- 2) дату (период) проверки страховой медицинской организации;
- 3) состав комиссии территориального фонда;
- 4) основание для проведения контроля;

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

6) ответственность страховой медицинской организации за выявленные нарушения;

7) приложения (копии актов повторной медико-экономической экспертизы/повторной экспертизы качества медицинской помощи).

Претензия подписывается директором территориального фонда.

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

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

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

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

VII. Взаимодействие субъектов контроля

70. Территориальный фонд осуществляет координацию взаимодействия субъектов контроля на территории субъекта

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

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

71. Взаимодействие субъектов контроля осуществляется в том числе на основе информационного ресурса территориального фонда в целях информационного сопровождения застрахованных лиц и интегрированного с информационными системами территориального фонда по персонифицированному учету сведений о застрахованных лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, работающего круглосуточно в режиме реального времени, к которому получают доступ и используют информацию, размещенную на указанном ресурсе, страховые медицинские организации, в том числе страховые представители, и медицинские организации.

При помощи информационного ресурса территориального фонда обеспечивается в том числе проведение страховыми медицинскими организациями контроля:

1) своевременности включения в группу диспансерного наблюдения застрахованных лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение, а также соблюдения установленной периодичности осмотров граждан, включенных в группы диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований;

2) правильности направления застрахованных лиц в медицинские организации, оснащенные по профилю в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, а также информирование застрахованных лиц об их праве на выбор медицинской организации и перевод в случаях непрофильной госпитализации в другую медицинскую организацию (структурное подразделение медицинской организации), профиль и оснащение которой (ого) соответствуют порядкам оказания медицинской помощи;

3) соблюдения сроков ожидания застрахованными лицами

медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, в том числе сроков ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов, с учетом результатов опросов застрахованных лиц об удовлетворенности оказанной медицинской помощью.

72. При проведении медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи медицинская организация предоставляет специалистам-экспертам и экспертам качества медицинской помощи в течение пяти рабочих дней после получения соответствующего запроса медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа (при наличии), учетно-отчетную документацию, результаты внутреннего и ведомственного (при наличии) контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

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

74. Работники, участвующие в осуществлении контроля, несут ответственность за разглашение конфиденциальной информации ограниченного доступа в соответствии с законодательством Российской Федерации и за сохранность медицинской документации, прочих материалов, полученных для осуществления контроля на время его проведения.

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

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

VIII. Учет и использование результатов контроля

76. Отчеты о результатах проведенного контроля предоставляются страховыми медицинскими организациями в территориальный фонд.

Страховая медицинская организация и территориальный фонд ведут учет актов контроля.

Результаты проведенного медико-экономического контроля,

медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, в том числе в рамках контроля территориального фонда за деятельностью страховых медицинских организаций, в целях создания условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования направляются в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья и территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения.

Учетными документами являются реестры актов медико-экономического контроля (приложение 5 к настоящему Порядку), реестры актов медико-экономической экспертизы (приложение 6 к настоящему Порядку) и акты экспертизы качества медицинской помощи.

Результаты контроля в форме актов в течение пяти рабочих дней передаются в медицинскую организацию.

Возможно ведение электронного документооборота между субъектами контроля с использованием электронной подписи.

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

Акт может быть направлен в медицинскую организацию в электронной форме при наличии гарантий его достоверности (подлинности), защиты от несанкционированного доступа и искажений.

Медицинская организация уведомляет территориальный фонд в случае непредставления страховой медицинской организацией акта в срок, установленный пунктом 76 настоящего Порядка.

78. Руководитель медицинской организации или лицо, его замещающее, рассматривает акт в течение пятнадцати рабочих дней с момента его получения.

При согласии медицинской организации с актом и мерами, применяемыми к медицинской организации, все экземпляры актов подписываются руководителем медицинской организации, заверяются печатью, и один экземпляр с планом мероприятий по устранению нарушений в оказании медицинской помощи, выявленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи, направляется в страховую медицинскую организацию/территориальный фонд.

При несогласии медицинской организации с актом подписанный акт возвращается в страховую медицинскую организацию с протоколом разногласий в течение пятнадцати рабочих дней после получения актов экспертиз.

В случае отказа руководителя медицинской организации от получения второго экземпляра акта контроля на всех экземплярах акта производится отметка "от получения (приема) второго экземпляра акта отказался" с указанием должности, фамилии, имени, отчества (при наличии) руководителя медицинской организации, которая удостоверяется подписями представителей страховой медицинской организации/территориального фонда.

В случае отказа руководителя медицинской организации от получения экземпляра акта контроля второй экземпляр направляется руководителю медицинской организации заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении не позднее рабочего дня, следующего за датой завершения проверки.

В случае направления акта контроля заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении сопроводительное письмо о направлении акта, квитанция к заказному почтовому отправлению и уведомление о вручении (их копии) прилагаются к акту (за исключением первого экземпляра акта) и являются его неотъемлемой частью.

Страховая медицинская организация рассматривает протокол разногласий в течение десяти рабочих дней с момента его получения и направляет в медицинскую организацию результаты рассмотрения протокола.

В случае ненаправления медицинской организацией протокола разногласий в срок, установленный абзацем 3 настоящего пункта, медицинская организация вправе оспорить результаты контроля исключительно в судебном порядке.

79. В соответствии со статьей 31 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" предъявление претензии или иска к лицу, причинившему вред здоровью застрахованного лица, в порядке возмещения расходов на оплату оказанной медицинской помощи страховой медицинской организацией осуществляется на основании результатов проведения экспертизы качества медицинской помощи, оформленных актом.

**IX. Порядок информирования застрахованных лиц
о выявленных нарушениях в предоставлении медицинской помощи
по территориальной программе обязательного
медицинского страхования**

80. В целях обеспечения прав на получение доступной и качественной медицинской помощи страховые медицинские организации, территориальные фонды информируют застрахованных лиц при их обращении о выявленных нарушениях в оказании медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования, в том числе по результатам контроля.

81. При поступлении в страховую медицинскую организацию или территориальный фонд жалобы застрахованного лица или его представителя на оказание медицинской помощи ненадлежащего качества результаты рассмотрения жалобы по итогам экспертизы

качества медицинской помощи направляются в его адрес.

82. Страховые медицинские организации размещают в медицинских организациях информационные материалы о правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе по результатам контроля.

Х. Порядок применения санкций к медицинской организации за нарушения, выявленные в ходе контроля

КонсультантПлюс: примечание.

Нумерация пунктов приводится в соответствии с источником

84. На основании части 1 статьи 41 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, удерживается в размерах, установленных методикой исчисления размеров неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшения оплаты медицинской помощи (приложение 8 к настоящему Порядку).

85. Результатом контроля в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) являются следующие санкции, применяемые к медицинским организациям:

1) неоплата или уменьшение оплаты медицинской помощи в виде:

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

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

возврата сумм, не подлежащих оплате, в страховую медицинскую организацию;

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

Нарушения при оказании медицинской помощи:

1) нарушение условий оказания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке застрахованным лицам

(выявляются страховыми медицинскими организациями в случае несоблюдения медицинскими организациями условий договора на оказание и оплату медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций), в том числе сроков ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, включая сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов);

2) нарушение врачебной этики и деонтологии медицинскими работниками при несоблюдении ими принятых этических норм и принципов поведения при выполнении своих профессиональных обязанностей;

3) невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых или выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, 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 или преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта, устанавливаемое при полном или частичном несоответствии оказанной застрахованному лицу медицинской помощи, в том числе не учитывающие состояние здоровья застрахованного лица;

4) нарушение преемственности при оказании медицинской помощи, необоснованная или непрофильная госпитализация застрахованного лица (выявляется страховой медицинской организацией при несоблюдении медицинской организацией порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций), включая отсутствие медицинских показаний для оказания медицинской помощи круглосуточно или госпитализация в медицинскую организацию (отделение медицинской организации), не имеющую лицензии на медицинскую деятельность по данному виду работ (услуг);

5) отсутствие объективных причин непредставления медицинской документации, подтверждающей оказание застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации (за исключением: изъятия документации уполномоченными органами, наличия письменного запроса от застрахованного лица (представителя) о выдаче медицинской документации, с предоставлением специалисту-эксперту/эксперту качества медицинской помощи возможности ознакомления с документами, являющимися основаниями для изъятия указанной документации);

6) нарушения оформления первичной медицинской документации, затрудняющие работу с документацией, препятствующие проведению медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества медицинской помощи и создающие невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи.

86. Неоплата или уменьшение оплаты медицинской помощи и уплата медицинской организацией штрафов в соответствии с пунктом

85 настоящего Порядка в зависимости от вида выявленных нарушений при оказании медицинской помощи могут применяться отдельно или одновременно с учетом результатов рассмотрения страховой медицинской организацией протокола разногласий, предусмотренного пунктом 78 настоящего Порядка (при наличии), и рассмотрения территориальным фондом претензии медицинской организации, предусмотренной пунктом 91 настоящего Порядка (при наличии).

87. При выявлении нарушений договорных обязательств в отношении объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи страховая медицинская организация частично или полностью не возмещает затраты медицинской организации по оказанию медицинской помощи, уменьшая последующие платежи по счетам медицинской организации на сумму выявленных нарушений при оказании медицинской помощи или требует возврата сумм в страховую медицинскую организацию.

88. Уплата медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в соответствии с перечнем оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи (приложение 8 к настоящему Порядку) осуществляется на основании решения страховой медицинской организации/территориального фонда, содержащего:

1) заголовочную часть (номер и дата решения, наименование организации, проводившей контроль, и медицинской организации, в отношении которой применяется штраф);

2) содержательную часть (основание для применения к медицинской организации штрафа, номера и даты актов контроля);

3) предписывающую часть (код нарушения при оказании медицинской помощи в соответствии с приложением 8 к настоящему Порядку, размер и срок уплаты штрафа);

4) заключительную часть (информирование о возможности обжалования решения в соответствии с разделом XI настоящего Порядка, подпись руководителя (заместителя руководителя) организации, проводившей контроль).

Решение страховой медицинской организации/территориального фонда об уплате медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества передается медицинской организации одновременно с актом контроля в сроки, установленные пунктом 76 настоящего Порядка.

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

90. Неоплата или неполная оплата медицинской помощи, а также уплата медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества не освобождает медицинскую организацию от возмещения застрахованному лицу вреда, причиненного по вине медицинской организации, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации <14>.

<14> В соответствии с частью 3 статьи 41 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

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

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

92. В соответствии со статьей 42 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" медицинская организация имеет право обжаловать заключение страховой медицинской организации по результатам контроля в течение пятнадцати рабочих дней со дня получения актов страховой медицинской организации путем направления в территориальный фонд письменной претензии по форме, согласно приложению 7 к настоящему Порядку.

К претензии в обязательном порядке прилагаются:

- 1) обоснование претензии;
- 2) перечень вопросов по каждому оспариваемому случаю;
- 3) материалы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности по оспариваемому случаю.

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

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

93. Территориальный фонд в течение тридцати рабочих дней с даты поступления претензии рассматривает поступившие от медицинской организации документы и организует проведение повторных медико-экономического контроля, медико-экономической

экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, которые в соответствии с частью 4 статьи 42 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" оформляются решением территориального фонда с представлением в соответствии с пунктом 61 настоящего Порядка акта реэкспертизы и/или экспертного заключения.

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

94. Решение территориального фонда, признающее правоту медицинской организации, доведенное до страховой медицинской организации в сроки, установленные пунктом 61 настоящего Порядка, является основанием для отмены (изменения) решения о неоплате, неполной оплате медицинской помощи и/или об уплате медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам первичной медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи.

Изменение финансирования по результатам рассмотрения спорных случаев проводится страховой медицинской организацией в срок не позднее тридцати рабочих дней (в период окончательного расчета с медицинской организацией за отчетный период).

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

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

96. Организация территориальным фондом контроля при осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, осуществляется в соответствии с разделами III - V настоящего Порядка.

97. При несогласии территориального фонда по месту страхования с результатами медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи территориальные фонды по месту страхования и месту оказания медицинской помощи выбирают кандидатуру специалиста-эксперта и/или эксперта качества медицинской помощи для проведения по поручению территориального фонда по месту оказания медицинской помощи соответствующей экспертизы.

98. В случае отсутствия согласованной кандидатуры специалиста-эксперта и/или эксперта качества медицинской помощи территориальный фонд по месту страхования назначает специалиста-эксперта и/или эксперта качества медицинской помощи.

XIII. Работники, осуществляющие медико-экономическую экспертизу и экспертизу качества медицинской помощи

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

100. Основными задачами специалиста-эксперта являются:

1) контроль соответствия оказанной застрахованному лицу медицинской помощи условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи 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;

2) участие в организации и проведении экспертизы качества медицинской помощи и обеспечении гарантий прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи.

101. Основными функциями специалиста-эксперта являются:

1) выборочный 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;

2) отбор случаев для экспертизы качества медицинской помощи и обоснование необходимости ее проведения, подготовка медицинской документации, необходимой эксперту качества медицинской помощи для проведения экспертизы качества медицинской помощи;

3) подготовка материалов для экспертизы качества медицинской помощи, в том числе порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи;

4) обобщение, анализ заключений, подготовленных экспертом качества медицинской помощи, участие в подготовке (подготовка) акта;

5) подготовка предложений по предъявлению претензий или исков к медицинской организации по возмещению вреда, причиненного

застрахованным лицам, и санкций, применяемых к медицинской организации;

6) ознакомление руководителя медицинской организации с результатами медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи;

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

8) оценка удовлетворенности застрахованных лиц организацией, условиями и качеством оказанной медицинской помощи;

9) выявление случаев непрофильной госпитализации на основе сведений единого информационного ресурса территориального фонда.

102. При организации мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи специалист-эксперт выполняет следующие основные функции:

1) формирует свод реестров счетов и счетов, предъявленных к оплате по случаям оказания медицинской помощи, по которым будет проводиться мультидисциплинарная экспертиза качества медицинской помощи, с учетом выбранного или установленного диагноза основного заболевания, а также его осложнениям и сопутствующим заболеваниям, которые могут иметь отношение к развитию основного заболевания;

2) формирует перечень медицинских организаций, подлежащих проверке в рамках мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи;

3) определяет эксперта качества медицинской помощи для руководства проведения мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи по профилю основного диагноза, с учетом его согласия, и рассматривает предложения указанного эксперта по составу экспертов качества медицинской помощи (далее – экспертная группа, руководитель экспертной группы);

4) на основании указанной в реестре счетов специальности лечащего врача и (или) профиля отделения, а также клинического диагноза заболевания определяет состав экспертной группы для проведения мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи, с учетом их согласия;

5) проверяет наличие актов плановой или целевой экспертизы качества медицинской помощи, проведенной ранее по случаям оказания медицинской помощи, отобранным для проведения мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи;

6) запрашивает в медицинских организациях медицинскую документацию и учетно-отчетную документацию, материалы, связанные с оказанием медицинской помощи, подлежащей мультидисциплинарной экспертизе качества медицинской помощи, в том числе протоколы патологоанатомического вскрытия, заключения

медико-социальной экспертизы, результаты внутреннего и ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, включая решения врачебной комиссии <15> по результатам изучения случаев смерти застрахованного лица, (при наличии), акты экспертизы качества медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования;

<15> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 мая 2012 г. N 502н "Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 июня 2012 г. N 24516), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 декабря 2013 г. N 886н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 декабря 2013 г. N 30714).

7) формирует комплект материалов для проведения мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи, в том числе комплект бланков экспертных заключений;

8) готовит совместно с руководителем экспертной группы для членов экспертной группы перечень вопросов, на которые должен ответить каждый из членов экспертной группы в рамках проводимой мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи;

9) контролирует выполнение сроков мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи;

10) принимает участие в оформлении акта экспертизы качества медицинской помощи, предусмотренного приложением 3 к настоящему Порядку, и направляет его в территориальный фонд, медицинскую организацию;

11) осуществляет расчет санкций, применяемых к медицинской организации по результатам контроля;

12) обеспечивает учет и отчетность по случаям мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи.

103. При организации мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи по случаям летальных исходов вне медицинской организации специалист-эксперт в дополнение к функциям, предусмотренным пунктом 102 настоящего Порядка:

1) сопоставляет списки умерших застрахованных лиц с реестрами оказанной им и оплаченной медицинской помощи;

2) запрашивает в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь по заявлению застрахованного лица о выборе данной медицинской организации (при отсутствии заявления - по месту регистрации умершего застрахованного лица), амбулаторную медицинскую карту;

3) отбирает для проведения мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи амбулаторные медицинские карты, в которых имеются протоколы патологоанатомического вскрытия трупа умершего застрахованного.

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

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

При проведении экспертизы качества медицинской помощи эксперт качества медицинской помощи имеет право на сохранение анонимности/конфиденциальности.

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

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

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

1) использует материалы, предусмотренные подпунктом 6 пункта 102 настоящего Порядка и подпунктом 3 пункта 103 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 очной экспертизы качества медицинской помощи (пункт 49 раздела V настоящего Порядка) информирует лечащего врача и руководителя медицинской организации о предварительных результатах экспертизы качества медицинской помощи.

107. 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 акта экспертизы качества медицинской помощи, предусмотренного приложением 3 к настоящему Порядку, 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 реабилитации, степень достижения запланированного результата.

При составлении акта 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.

108. Территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи содержит сведения об экспертах качества медицинской помощи, осуществляющих экспертизу качества медицинской помощи в рамках контроля в субъекте Российской Федерации, и является сегментом единого реестра экспертов качества медицинской помощи.

Ведение территориального реестра экспертов качества медицинской помощи осуществляется территориальными фондами в соответствии с пунктом 9 части 7 статьи 34 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" на основе единых организационных, методологических и программно-технических принципов.

Ответственность за нарушения в ведении территориального реестра экспертов качества медицинской помощи несет директор территориального фонда.

109. В соответствии с пунктом 11 части 8 статьи 33 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" Федеральный фонд обязательного медицинского страхования ведет единый реестр экспертов качества медицинской помощи, являющийся совокупностью электронных баз данных территориальных реестров экспертов качества медицинской помощи.

Приложение 1
к Порядку организации
и проведения контроля объемов,
сроков, качества и условий
предоставления медицинской
помощи по обязательному
медицинскому страхованию

Акт медико-экономического контроля <16>

Заголовочная часть:

Номер акта, дата его составления.

Наименование страховой медицинской организации.

Наименование медицинской организации.

Номер реестра счетов, период, за который он предоставлен.

Содержательная часть:

Характеристика реестра оказанной медицинской помощи: число представленных к оплате страховых случаев, суммарная стоимость медицинских услуг, предоставленных к оплате.

Оценка соответствия данных счета на оплату оказанной медицинской помощи реестру счетов.

Оценка соответствия тарифов, указанных в реестре счетов, утвержденным тарифам.

Оценка соответствия видов и профилей оказанной медицинской помощи лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности.

Результаты медико-экономического контроля: число выявленных записей, содержащих сведения о нарушениях при оказании медицинской помощи и их стоимость.

Расшифровка выявленных нарушений при оказании медицинской помощи (в соответствии с приложением 8 к настоящему Порядку) с указанием заявленной суммы для оплаты (может представляться в табличном виде).

Сумма, исключаемая из оплаты, по результатам проведенного медико-экономического контроля.

Сумма финансовых санкций за нарушения при оказании медицинской помощи в случае заполнения по данной форме акта по результатам повторного медико-экономического контроля, проведенного территориальным фондом.

Итоговая сумма, принятая к оплате.

Заверительная часть:

Должность, подпись работника, проводившего медико-экономический контроль.

Должность, подпись ответственного лица страховой медицинской организации (территориального фонда), утверждающего акт.

Должность, подпись руководителя медицинской организации, ознакомившегося с актом.

<16> По данной форме также заполняется акт по результатам повторного медико-экономического контроля.

Табличная форма акта
от _____ (дата)
медико-экономического контроля

счета № _____ от _____
на оплату оказанной медицинской помощи
в медицинской организации:

_____ (наименование)

Перечень отклоненных позиций к оплате в счете
на оплату оказанной медицинской помощи (реестре счетов)
с разбивкой по:

- коду специалиста медицинской организации
- коду профиля отделения (для медицинской организации,
оказывающей стационарную помощь, - койки)

№ п/п в реестре	№ полиса обязательно го медицинског о страхования	Код по МКБ- 10	Дата начала лечени я	Дата окончан ия лечения	Код нару шени я	Расшифро вка кода нарушени я	Сумма неоплат ы (руб.)
Итого по акту на сумму							
в т.ч. по коду:							

Профиль отделения (койки) или специалиста	Предоставлено к оплате		Отказано в оплате		Оплатить	
	кол-во	сумма	кол-во	сумма	кол-во	сумма

Итого по счету: _____

Исполнитель _____ подпись _____ расшифровка
подписи

Руководитель страховой медицинской организации/директор
территориального фонда

М.П. _____ подпись _____ расшифровка
подписи

Должность, подпись руководителя медицинской организации,
ознакомившегося с актом _____

Дата _____

Приложение 2
к Порядку организации
и проведения контроля объемов,
сроков, качества и условий
предоставления медицинской
помощи по обязательному
медицинскому страхованию

Акт медико-экономической экспертизы
N _____ от _____ г.

1. Дата проведения экспертизы _____
2. Фамилия, имя, отчество (при наличии) специалиста-эксперта _____
3. Наименование проверяющей организации _____
4. Наименование медицинской организации _____
5. Номер счета за медицинские услуги _____
6. N полиса обязательного медицинского страхования _____
7. Номер медицинской документации _____
8. Пол застрахованного лица _____
Дата рождения застрахованного лица _____
9. Окончательный (клинический) диагноз основного заболевания _____
10. Диагноз сопутствующего заболевания _____
11. Сроки оказания медицинской помощи с _____ по _____
12. Стоимость оказания медицинской помощи _____
13. Длительность оказания медицинской помощи _____
14. Фамилия, имя, отчество (при наличии) лечащего врача _____
15. Дополнительно проверена следующая учетно-отчетная документация _____
16. Заключение об обоснованности объемов медицинских услуг, предоставленных к оплате, и их соответствии записям в медицинской и учетно-отчетной документации медицинской организации (с указанием краткого перечня выявленных недостатков) _____
17. Заключение о профильности госпитализации
Наименование медицинской организации, выдавшей направление на госпитализацию _____
Наименование медицинской организации, госпитализировавшей по направлению в плановом порядке _____
Диагноз при направлении на госпитализацию _____
Профиль отделения и/или медицинской организации, в которую выдано направление _____
Дата госпитализации _____
Выводы о профильности госпитализации: _____
18. Заключение о наличии в медицинской документации рекомендаций медицинских работников, данных при проведении консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий
Наличие заключения медицинского работника, привлекаемого для проведения консультации и (или) участия в консилиуме врачей с применением телемедицинских технологий или протокола консилиума врачей: да, нет (нужное подчеркнуть)
Цели консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:
 - состояние здоровья пациента,
 - уточнение диагноза,
 - определение прогноза,
 - определение тактики медицинского обследования и лечения,

- целесообразность перевода в специализированное отделение медицинской организации либо медицинской эвакуации.

Дата проведения консультации/консилиума с применением телемедицинских технологий _____

Наличие факта отражения рекомендаций в медицинской документации, в том числе в листе назначения: да, нет (нужное подчеркнуть).

19. Выводы:

Не подлежит оплате (сумма, код нарушения) _____

штраф (сумма, код нарушения) _____

Подлежит оплате _____

20 <17>. Проверяемый период с "___" _____ 201_ г. по "___" _____ 201_ г.

Срок проведения экспертизы с "___" _____ 201_ г. по "___" _____ 201_ г.

Дата счета: _____

N п/п	N полиса обязательного медицинского страхования	Вид, N медицинской документации	Даты обращений		Код МКБ	Оплачено за медицинские услуги	Примечания
			начало	конец			
1	2	3	4	5	6	7	8

ИТОГО:

Всего проверено случаев _____.

21. Специалист-эксперт _____

(подпись)

Руководитель страховой медицинской организации/территориального фонда:

М.П. подпись, Ф.И.О., дата подписания

Руководитель медицинской организации:

М.П. подпись, Ф.И.О., дата подписания

"___" _____ 20__ г.

<17> Заполняется в случаях отсутствия выявленных при медико-экономической экспертизе нарушений.

Приложение 3
к Порядку организации
и проведения контроля объемов,
сроков, качества и условий
предоставления медицинской
помощи по обязательному
медицинскому страхованию

Акт экспертизы качества медицинской помощи
N _____ от "___" _____ 201_ г.

I. ОБЩАЯ ЧАСТЬ.

Экспертом качества медицинской помощи

(Ф.И.О. эксперта) или идентификационный номер)
по поручению _____

(наименование направившей организации)

Поручение N _____

в связи с _____

(повод для проверки – жалоба, претензия и т.д.)

произведена экспертиза качества медицинской помощи с целью выявления нарушений прав застрахованного лица _____, N полиса обязательного медицинского страхования _____

Место оказания медицинской помощи _____

(наименование медицинской организации, отделения)

Ф.И.О. лечащего врача _____

Медицинская документация N _____

учетно-отчетная документация N _____

Период оказания медицинской помощи:

с "___" _____ 201_ г. по "___" _____ 201_ г.

Диагноз, установленный медицинской организацией _____

II. КРАТКОЕ ЭКСПЕРТНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

(подготовлено на основании экспертного заключения, являющегося неотъемлемой частью настоящего акта):

III. Заключение о выполнении медицинской организацией рекомендаций медицинских работников, данных при проведении указанными центрами консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:

Наличие заключения медицинского работника, привлекаемого для проведения консультации и (или) участия в консилиуме врачей с применением телемедицинских технологий или протокола консилиума врачей: да, нет (нужное подчеркнуть)

Цели консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:

- состояние здоровья пациента,
- уточнение диагноза,
- определение прогноза,
- определение тактики медицинского обследования и лечения,
- целесообразность перевода в специализированное отделение медицинской организации либо медицинской эвакуации.

Наличие в медицинской документации медицинских показаний, не позволяющих применить рекомендацию(и): да, нет (нужное подчеркнуть).

Оценка полноты выполнения медицинскими организациями рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении указанными центрами консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий <18>: неисполнение, неполное исполнение (нужное подчеркнуть)

Констатировано неисполнение следующих рекомендаций

Заключение эксперта качества медицинской помощи об обоснованности действий лечащего врача

IV. РЕЗУЛЬТАТЫ.

Выявленные нарушения при оказании медицинской помощи _____

Выводы _____

Рекомендации _____

Сумма оплаты _____ руб.

Код(ы) нарушения (нарушений): _____

Неоплата (неполная оплата) в размере _____ руб.

Штраф в размере _____ руб.

По итогам проверки проведен разбор данного случая с руководством медицинской организации.

V. РЕКОМЕНДАЦИИ <19>.

Срок проведения экспертизы качества медицинской помощи:

"__" _____ 201_ г.

Проверено принятых к оплате страховых случаев:

N п/п	N полиса обязательного медицинского страхования	Вид, N медицинской документации	Даты обращений		Код МКБ	Оплачено за медицинские услуги	Примечания
			начало	конец			
1	2	3	4	5	6	7	8

Всего проверено принятых к оплате страховых случаев: _____

Выводы: _____

Рекомендации: _____

VI. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <20>

Ф.И.О. руководителя экспертной группы _____

Ф.И.О. эксперта качества медицинской помощи (или идентификационный номер): _____

Ф.И.О. эксперта качества медицинской помощи (или идентификационный номер): _____

проверяемый период с _____ по _____

Выявленные нарушения при оказании медицинской помощи (в соответствии с Перечнем оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи - Приложение 8 к Порядку контроля):

N п/п	Медицинская организация /структурное подразделение	Вид, N медицинской документации	Код нарушения	Подлежит неоплате/уменьшению оплаты		Размер штрафа, руб.
				% от стоимости	сумма, руб.	

Всего проверено страховых случаев: _____

из них признано содержащими нарушения при оказании медицинской помощи: _____

Выводы: _____

Рекомендации: _____

Руководитель экспертной группы: _____

Организатор экспертизы качества медицинской помощи с применением мультидисциплинарного подхода: _____

VII. Эксперт качества медицинской помощи

Специалист-эксперт: _____

Руководитель страховой медицинской организации/территориального фонда: _____

М.П. подпись, Ф.И.О., дата подписания

Руководитель медицинской организации:

М.П. подпись, Ф.И.О., дата подписания

<18> Заполняется при проведении экспертизы качества медицинской помощи.

<19> Заполняется в случае отсутствия выявленных при экспертизе качества медицинской помощи нарушений.

<20> Заполняется в случаях, предусмотренных пунктом 32 настоящего Порядка.

Приложение
к акту экспертизы
качества медицинской помощи
N _____ от "___" _____ 201_ г.

Экспертное заключение
(протокол оценки качества медицинской помощи)

Наименование проверяющей организации _____
Медицинская документация N _____,
лечащий врач _____
N полиса обязательного медицинского страхования _____
Пол _____ Дата рождения _____
Адрес застрахованного лица _____

Наименование медицинской организации _____
Счет N _____ от "___" _____ 201_ г.
Длительность лечения (к/дни) всего _____
Стоимость всего _____ руб.
отделение _____ с _____ по _____, к/д. _____;
отделение _____ с _____ по _____, к/д. _____;
отделение _____ с _____ по _____, к/д. _____.

Эксперт качества медицинской помощи _____

Дата проведения экспертизы качества медицинской помощи: "___" _____ 201_ г.

Поступление: экстренное, плановое.

Исход случая: выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, смерть, самовольный уход, переведен (направлен) на госпитализацию (куда), другое

Операция _____, дата "___" _____ 201_ г.
Диагноз клинический заключительный:
основной _____
осложнение _____
сопутствующий _____
Диагноз патологоанатомический:
основной _____
осложнение _____
сопутствующий _____

I. СБОР ИНФОРМАЦИИ (расспрос, физикальное обследование, лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов, консилиум)

Обоснование негативных последствий нарушений в сборе информации:

II. ДИАГНОЗ (формулировка, содержание, время постановки)

основной _____

осложнение _____

сопутствующий _____

Обоснование негативных последствий нарушений в диагнозе:

III. ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (в том числе назначение лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий)

Обоснование негативных последствий нарушений в лечении:

IV. ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ (обоснованность поступления, длительности лечения, перевод, содержание рекомендаций)

Обоснование негативных последствий нарушений в преемственности лечения:

ЗАКЛЮЧЕНИЕ эксперта качества медицинской помощи:

НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЕ ОШИБКИ, ПОВЛИЯВШИЕ НА ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ:

Представитель медицинской организации:

(должность) подпись, Ф.И.О., дата подписания

Эксперт качества медицинской помощи:

подпись, Ф.И.О., дата подписания
М.П.

Приложение 4
к Порядку организации
и проведения контроля объемов,
сроков, качества и условий
предоставления медицинской
помощи по обязательному
медицинскому страхованию

Акт повторной медико-экономической экспертизы/экспертизы
качества медицинской помощи
(нужное подчеркнуть)

№ _____ от "___" _____ 201_ г.

На основании приказа директора территориального фонда обязательного
медицинского страхования _____ (название)

от "___" _____ 201_ г. № _____

Экспертами (специалист-эксперт/эксперт качества медицинской помощи - нужное
подчеркнуть): _____ (должность)

_____ (ФИО)

проведена повторная медико-экономическая экспертиза/экспертиза качества

медицинской помощи (нужное подчеркнуть) (далее - реэкспертиза), проведенной страховой медицинской организацией _____ (наименование)

Адрес местонахождения страховой медицинской организации _____

Дата проведения проверки "___" _____ 201_ г.

Проверка проведена за период с "___" _____ 201_ г. по "___" _____ 201_ г. в медицинской организации _____

наименование медицинской организации, город, район

Принято к оплате _____ счетов за оказанную медицинскую помощь, из них:

вне медицинской организации - _____,

стационарно - _____,

в дневном стационаре - _____,

амбулаторно - _____.

Страховой медицинской организацией проведена медико-экономическая экспертиза/экспертиза качества медицинской помощи (нужное подчеркнуть) _____ случаев (___%):

из них: оказанной стационарно - _____ случаев (___%),

в дневном стационаре - _____ случаев (___%),

амбулаторно - _____ случаев (___%),

вне медицинской организации - _____ случаев (___%).

При этом страховой медицинской организацией выявлено _____ случаев (___%) нарушений при оказании медицинской помощи.

1. Проведена реэкспертиза _____ случаев (___%).

2. При реэкспертизе _____ случаев (___%), признанных страховой медицинской организацией удовлетворительными, экспертное заключение специалистов территориального фонда совпало с экспертным заключением страховой медицинской организации в _____ случаях (___%), а именно:

№ п/п	№ полиса обязательного медицинского страхования	№ медицинской документации	Период оказания медицинской помощи	Код отделения	Диагноз по МКБ-10

2.1. По _____ случаям (___%) специалистами территориального фонда обязательного медицинского страхования выявлены нарушения, допущенные медицинской организацией, но не выявленные страховой медицинской организацией.

Описание конкретного случая выявленного нарушения включает:

- № п/п, № полиса обязательного медицинского страхования, период оказания медицинской помощи, количество единиц объема медицинской помощи, тариф случая оказания медицинской помощи, диагноз (основной, сопутствующий), категория застрахованного лица (работающий, неработающий);

- нарушения при оказании медицинской помощи в соответствии с приложением 8 к настоящему Порядку, допущенные медицинской организацией, но не выявленные страховой медицинской организацией;

- экспертное заключение специалистов территориального фонда обязательного медицинского страхования, являющееся неотъемлемой частью настоящего акта, формулируется согласно договору со страховой медицинской организацией с указанием номера пункта перечня нарушений и сумм финансовых санкций, наименования нарушений.

Сумма по счету _____ руб., сумма финансовых санкций _____ руб.

3. Проведена реэкспертиза _____ случаев с выявленными страховой медицинской организацией нарушениями.

По _____ случаям (___%) экспертное заключение страховой медицинской организации, являющееся неотъемлемой частью настоящего акта, совпало с

экспертным заключением специалистов территориального фонда обязательного медицинского страхования:

№ п/п	№ полиса обязательного медицинского страхования	№ медицинской документации	Период оказания медицинской помощи	Код отделения	Диагноз или код МКБ-10

3.1. По _____ случаям (___%) специалистами территориального фонда обязательного медицинского страхования выявлены нарушения, допущенные специалистами страховой медицинской организации при медико-экономической экспертизе/экспертизе качества медицинской помощи (нужное подчеркнуть).

Описание конкретного случая выявленного нарушения включает:

- № п/п, № полиса обязательного медицинского страхования, период оказания медицинской помощи, количество единиц объема медицинской помощи, тариф, диагноз (основной, сопутствующий), категорию застрахованного лица (работающий, неработающий);
- суть выявленного страховой медицинской организацией нарушения;
- экспертное заключение, принятое страховой медицинской организацией с указанием суммы недоплаты;
- нарушение, допущенное страховой медицинской организацией при организации и проведении медико-экономической экспертизы/экспертизы качества медицинской помощи.

Экспертное заключение специалистов территориального фонда обязательного медицинского страхования, являющееся неотъемлемой частью настоящего акта, формулируется согласно договору со страховой медицинской организацией с указанием пункта(ов) и наименования(ий) нарушений и сумм применяемых санкций.

Сумма по счету _____ руб.

Необоснованно удержанная страховой медицинской организацией с медицинской организации в сумме _____ руб.

Сумма санкций _____ руб.

4. Выводы:

Экспертное заключение страховой медицинской организации и территориального фонда обязательного медицинского страхования совпало в _____ случаях (___%),

выявлено нарушений, допущенных страховой медицинской организацией в организации и проведении медико-экономической экспертизы/экспертизы качества медицинской помощи (нужное подчеркнуть) в _____ случаях (___%), в том числе по видам нарушений с указанием количества и сумм.

5. Предложения:

Подлежит восстановлению медицинской организации отдельным платежным поручением необоснованно удержанная сумма в размере _____ руб.

Подлежит перечислению за счет собственных средств страховой медицинской организации на счет территориального фонда обязательного медицинского страхования санкции в размере _____ руб.

Подлежит возврату медицинской организацией в доход бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования сумма в размере _____ руб.

Подпись специалистов, проводивших реэкспертизу:

ФИО _____ подпись

ФИО _____ подпись

Директор территориального фонда обязательного медицинского страхования

ФИО _____ подпись

С актом ознакомлены:

Руководитель страховой медицинской организации _____
ФИО _____ подпись _____
М.П.

Руководитель медицинской организации _____
ФИО _____ подпись _____
М.П.

Приложение
к акту повторной медико-экономической
экспертизы/экспертизы качества
медицинской помощи
N ____ от " __ " _____ 201_ г.

Экспертное заключение
(протокол оценки качества медицинской помощи)

Наименование проверяющей организации _____
Медицинская документация N _____,
лечащий врач _____
N полиса обязательного медицинского страхования _____
Пол _____ Дата рождения _____
Адрес застрахованного лица _____

Наименование медицинской организации _____
Счет N _____ от " __ " _____ 201_ г.
Длительность лечения (к/дни) всего _____
Стоимость всего _____ руб.
отделение _____ с _____ по _____, к/д. _____;
отделение _____ с _____ по _____, к/д. _____;
отделение _____ с _____ по _____, к/д. _____.

Эксперт качества медицинской помощи _____

Дата проведения экспертизы качества медицинской помощи: " __ " _____ 201_ г.

Поступление: экстренное, плановое.

Исход случая: выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, смерть, самовольный уход, переведен (направлен) на госпитализацию (куда), другое

Операция _____, дата " __ " _____ 201_ г.

Диагноз клинический заключительный:

основной _____

осложнение _____

сопутствующий _____

Диагноз патологоанатомический:

основной _____

осложнение _____

сопутствующий _____

I. СБОР ИНФОРМАЦИИ (расспрос, физикальное обследование, лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов, консилиум) _____
Обоснование негативных последствий нарушений в сборе информации: _____

II. ДИАГНОЗ (формулировка, содержание, время постановки)

основной _____

осложнение _____

сопутствующий _____

Обоснование негативных последствий нарушений в диагнозе:

III. ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (в том числе назначение лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий)

Обоснование негативных последствий нарушений в лечении:

IV. ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ (обоснованность поступления, длительности лечения, перевод, содержание рекомендаций)

Обоснование негативных последствий нарушений в преемственности лечения:

ЗАКЛЮЧЕНИЕ эксперта качества медицинской помощи:

НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЕ ОШИБКИ, ПОВЛИЯВШИЕ НА ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ:

Представитель медицинской организации:

(должность) подпись, Ф.И.О., дата подписания

Эксперт качества медицинской помощи:

подпись, Ф.И.О., дата подписания
М.П.

Приложение 5
к Порядку организации
и проведения контроля объемов,
сроков, качества и условий
предоставления медицинской
помощи по обязательному
медицинскому страхованию

Рекомендуемый образец

Реестр актов медико-экономического контроля
N ____ от _____ г.

Период _____ 201_ г. - _____ 201_ г.

Вид медико-экономического контроля: _____ (первичный - 1, повторный - 2)

Наименование и код страховой медицинской организации (территориального фонда), получившего счета от медицинской организации

Название и код территории местонахождения страховой медицинской организации (территориального фонда)

Наименование, местонахождение и код медицинской организации, предоставившей Счет _____

Код _____

На анализ предоставлены реестры счетов (счета) за медицинские услуги, оказанные застрахованным лицам.

Всего предоставлено счетов на сумму _____ руб.

Предоставленные для медико-экономического контроля счета включают:

За медицинскую помощь, оказанную стационарно:

счет (ов) _____ реестров счетов _____
на сумму _____ руб.
За медицинскую помощь, оказанную в дневном стационаре:
счетов _____ реестров счетов _____
на сумму _____ руб.
За медицинскую помощь, оказанную амбулаторно:
счет (ов) _____ реестров счетов _____
на сумму _____ руб.
За медицинскую помощь, оказанную вне медицинской организации:
счетов _____ реестров счетов _____
на сумму _____ руб.

1. Согласовано к оплате всего:
Счетов _____ на сумму _____ руб.
реестров счетов на сумму: _____ руб.,
в том числе:
за медицинскую помощь, оказанную стационарно
на сумму: _____ руб. _____ счетов
за медицинскую помощь в дневном стационаре
на сумму: _____ руб. _____ счетов
за медицинскую помощь, оказанную амбулаторно
на сумму: _____ руб. _____ счетов
за медицинскую помощь, оказанную вне медицинской организации
на сумму: _____ руб. _____ счетов

2. Не согласовано к оплате реестров счетов на сумму: _____ руб.
в том числе:
за медицинскую помощь, оказанную стационарно
на сумму: _____ руб. _____ счетов
за медицинскую помощь в дневном стационаре
на сумму: _____ руб. _____ счетов
за медицинскую помощь, оказанную амбулаторно
на сумму: _____ руб. _____ счетов
за медицинскую помощь, оказанную вне медицинской организации
на сумму: _____ руб. _____ счетов
за превышение согласованных объемов медицинской помощи на сумму:
_____ руб.

2.1. Не подлежит оплате _____ счетов на сумму _____ руб.

2.1.1. за стационарную медицинскую помощь на сумму: _____ руб.
_____ счетов

Код структурно го подразделе ния	Код отделения или профиля коек (для стационар ной медицинс кой помощи)	№ инди виду ально го счета	Пери од (мес яц)	№ полис а обяза тельн ого медиц инско го страх овани я	Код терр итор ии стра хова ния	Код при чин отк аза в опл ате	Сумма , подле жащая отказа у в оплат е	Код фин анс овы х сан кци й	Сум ма фин анс овы х сан кци й	При меч ани я
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

2.1.2. за медицинскую помощь в дневном стационаре на сумму: _____ руб.
_____ счетов

МО		превышение согласованных объемов (квартал)	ванных объемов медицинских услуг	в связи с превышением согласованных объемов	в связи с превышением согласованных объемов	повторного МЭК	в текущем месяце	последующий период
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Дата предоставления счетов страховой медицинской организации (территориальному фонду) медицинской организацией "___" _____ 201_ г.

Дата проверки счетов (реестров) "___" _____ 201_ г.

Специалист (Ф.И.О. и подпись) _____

Приложение 6
к Порядку организации
и проведения контроля объемов,
сроков, качества и условий
предоставления медицинской
помощи по обязательному
медицинскому страхованию

Рекомендуемый образец

Реестр актов медико-экономической экспертизы
N ____ от "___" _____ 201_ г.

Медицинская организация _____

Сумма по счету _____

1. Количество проверенной медицинской документации _____

2. Выявлено несоответствие счета записям на сумму _____ руб.

3. Выявлено нарушений при оказании медицинской помощи: _____

Далее указываются все выявленные нарушения при оказании медицинской помощи в соответствии с Перечнем оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи (приложение 8 к настоящему Порядку) с указанием конкретной суммы.

Всего не подлежит оплате сумма _____ руб.

Штраф в размере _____ руб.

Всего подлежит оплате: _____ руб.

Итого к оплате: _____ руб.

Специалист-эксперт страховой медицинской организации

"___" _____ 201_ г.

Руководитель медицинской организации _____

М.П.

Приложение 7
к Порядку организации
и проведения контроля объемов,
сроков, качества и условий
предоставления медицинской
помощи по обязательному
медицинскому страхованию

Форма

От _____
(наименование медицинской организации)

Претензия

В _____
(территориальный фонд обязательного медицинского страхования)
Считаю необоснованной сумму взаиморасчета, определенную страховой
медицинской организацией _____
(наименование страховой медицинской организации)
согласно акт(а, -ов) медико-экономической экспертизы/экспертизы качества
медицинской помощи N ___ от 201_ г. специалиста-эксперта/эксперта качества
медицинской помощи

(Ф.И.О.)

по следующим причинам:

1. N полиса обязательного медицинского страхования _____
Сумма взаиморасчета _____
Обоснование несогласия _____
2. _____
3. _____

Итого считаю необоснованной сумму взаиморасчета по _____
застрахованным(-ому) лицам(-у) на общую сумму _____ рублей.

Приложения:

- 1) Материалы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской
деятельности на ___ лист(а, -ах);
- 2) _____
- 3) _____

Руководитель медицинской организации _____
(подпись, Ф.И.О.)

"__" _____ 201_ г.
М.П.

Приложение 8
к Порядку организации
и проведения контроля объемов,
сроков, качества и условий
предоставления медицинской

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

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований
Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц	
1.1.	Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:
1.1.1.	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;
1.1.2.	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;
1.1.3.	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, времени доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме, 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;
1.1.4.	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.
1.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, в том числе:
1.2.1.	не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;

1.2.2 .	повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания;
1.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, в том числе:
1.3.1 .	не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;
1.3.2 .	повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке).
1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.
1.5.	Приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, в период оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов <21>, и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека <22>, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.
Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения	
2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет.
2.2.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации:
2.2.1 .	о режиме работы медицинской организации;
2.2.2 .	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – территориальная программа), в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;

2.2.3 .	о видах оказываемой медицинской помощи;
2.2.4 .	о критериях доступности и качества медицинской помощи;
2.2.5 .	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;
2.2.6 .	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой <23>.
2.3.	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях.
2.4.	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:
2.4.1 .	о режиме работы медицинской организации;
2.4.2 .	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;
2.4.3 .	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;
2.4.4 .	о критериях доступности и качества медицинской помощи;
2.4.5 .	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;
2.4.6 .	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой.
Раздел 3. Нарушения при оказании медицинской помощи	
3.1.	Случаи нарушения врачебной этики и деонтологии медицинскими работниками (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).

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 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 удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях <24>).
3.2.3.	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);
3.2.4.	приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);
3.2.5.	приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);
3.2.6.	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;
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий:
3.3.1.	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).
3.4.	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 тридцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, стационарно (повторная госпитализация); повторный вызов скорой медицинской помощи в течение двадцати четырех часов от момента предшествующего вызова.
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 без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре.
3.8.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.
3.9.	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.
3.10.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение аналогичных лекарственных препаратов, связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию оказания медицинской помощи.
3.11.	Невыполнение по вине медицинской организации патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством <25>.
3.12.	Наличие расхождений клинического и

	патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории вследствие нарушений при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи.
Раздел 4. Дефекты оформления медицинской документации в медицинской организации	
4.1.	Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.
4.2.	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.
4.3.	Отсутствие в документации информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство <26> или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях.
4.4.	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).
4.5.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).
4.6.	Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:
4.6.1.	Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы.
4.6.2.	Включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу.
Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов	
5.1.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:
5.1.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;

5.1.2 .	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;
5.1.3 .	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;
5.1.4 .	некорректное заполнение полей реестра счетов;
5.1.5 .	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);
5.1.6 .	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.
5.2.	Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации, в том числе:
5.2.1 .	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;
5.2.2 .	введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе и т.д.);
5.2.3 .	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис обязательного медицинского страхования на территории другого субъекта Российской Федерации;
5.2.4 .	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах;
5.2.5 .	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по обязательному медицинскому страхованию на территории Российской Федерации.
5.3.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в территориальную программу обязательного медицинского страхования, в том числе:
5.3.1 .	Включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования;
5.3.2 .	Предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской

	помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;
5.3.3 .	Включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования).
5.4.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе:
5.4.1 .	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;
5.4.2 .	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.
5.5.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности, в том числе:
5.5.1 .	Включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;
5.5.2 .	Предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;
5.5.3 .	Предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов).
5.6.	Включение в реестр счетов страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.
5.7.	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе:
5.7.1 .	Позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);
5.7.2 .	Дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;
5.7.3	Стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в

.	счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;
5.7.4.	Стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное в системе обязательного медицинского страхования.
5.7.5.	Включения в реестр счетов медицинской помощи: - амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара, дневного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, дневного стационара, а также консультаций в других медицинских организациях); - дней лечения застрахованного лица в условиях дневного стационара в период пребывания пациента в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях).
5.7.6.	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.
5.8.	Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом.

<21> Распоряжение Правительства Российской Федерации от 10 декабря 2018 г. N 2738-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2018, N 51, ст. 8075).

<22> Распоряжение Правительства Российской Федерации 31 декабря 2018 г. N 3053-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, N 2, ст. 196).

<23> В соответствии с пунктом 5 части 2 статьи 81 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; 2013, N 48, ст. 6165; 2014, N 49, ст. 6927).

<24> 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; 2017, N 31, ст. 4791; 2013, N 48, ст. 6165; 2019, N 10, ст. 888).

<25> В соответствии со статьей 67 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; 2017, N 31, ст. 4791; 2013, N 48, ст. 6165; 2019, N 10, ст. 888).

Федерации, 2011, N 48, ст. 6724).

<26> 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; 2017, N 31, ст. 4791; 2013, N 48, ст. 6165; 2019, N 10, ст. 888).
