

**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"**

ГАРАНТ:

О реализации настоящего приказа см. [письмо](#) Федерального фонда ОМС от 19 декабря 2012 г. N 9732/30-5/и

В соответствии с [Федеральным законом](#) от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" приказываю:

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

2. 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

А. Юрин

Зарегистрировано в Минюсте РФ 28 января 2011 г.  
Регистрационный N 19614

**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 [Федеральным законом](#) от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 06.12.2010, N 49, ст. 6422) 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.

2. Цель настоящего Порядка - регулирование мероприятий, направленных на реализацию прав застрахованных лиц на получение бесплатной медицинской помощи в установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию объемах, сроках и условиях, надлежащего качества в

медицинских организациях, участвующих в реализации 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 условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, реализуемые посредством медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

4. Объектом контроля является организация и оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Субъектами контроля являются территориальные фонды обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации, медицинские организации, имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

5. Цели контроля:

5.1. обеспечение бесплатного предоставления застрахованному лицу медицинской помощи в объеме и на условиях, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования;

5.2. защита прав застрахованного лица на получение бесплатной медицинской помощи в объеме и на условиях, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, надлежащего качества в медицинских организациях, участвующих в реализации программ обязательного медицинского страхования, в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

5.3. предупреждение дефектов медицинской помощи, являющихся результатом несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья застрахованного лица; невыполнения и / или неправильного выполнения порядков оказания медицинской помощи и / или стандартов медицинской помощи, медицинских технологий путем анализа наиболее распространенных нарушений по результатам контроля и принятие мер уполномоченными органами;

5.4. проверка исполнения страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями обязательств по оплате и бесплатному оказанию застрахованным лицам медицинской помощи по программам обязательного медицинского страхования;

5.5. проверка исполнения страховыми медицинскими организациями обязательств по изучению удовлетворенности застрахованных лиц объемом, доступностью и качеством медицинской помощи;

5.6. оптимизация расходов по оплате медицинской помощи при наступлении страхового случая и снижение страховых рисков в обязательном медицинском страховании.

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

### III. Медико-экономический контроль

7. Медико-экономический контроль в соответствии с [частью 3 статьи 40](#) Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (далее - Федеральный закон) - 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.

8. Медико-экономический контроль осуществляется специалистами страховых медицинских организаций и территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

9. При медико-экономическом контроле проводится контроль всех случаев оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в целях:

1) проверки реестров счетов на соответствие установленному порядку информационного обмена в сфере обязательного медицинского страхования;

2) идентификации лица, застрахованного конкретной страховой медицинской организацией (плательщика);

3) проверки соответствия оказанной медицинской помощи:

а) территориальной программе обязательного медицинского страхования;

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

в) действующей лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;

4) проверки обоснованности применения тарифов на медицинские услуги, расчета их стоимости в соответствии с [методикой](#) расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

5) установления отсутствия превышения медицинской организацией объемов медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, подлежащих оплате за счет средств обязательного медицинского страхования.

10. Выявленные в реестрах счетов нарушения отражаются в акте медико-экономического контроля ([приложение 1](#) к настоящему Порядку) с указанием суммы уменьшения счета по каждой записи реестра, содержащей сведения о дефектах медицинской помощи и / или нарушениях при оказании медицинской помощи.

В соответствии с [частями 9 и 10 статьи 40](#) Федерального закона результаты медико-экономического контроля, оформленные соответствующим актом по форме, установленной Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, являются основанием для применения мер, предусмотренных [статьей 41](#) Федерального закона, 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 обязательного медицинского страхования или страховой медицинской организацией по заданию территориального фонда (кроме контроля при осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования).

#### IV. Медико-экономическая экспертиза

11. Медико-экономическая экспертиза в соответствии с [частью 4 статьи 40](#) Федерального закона - установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.

12. Медико-экономическая экспертиза проводится специалистом-экспертом ([пункт 78](#) раздела XIII настоящего Порядка).

13. Медико-экономическая экспертиза осуществляется в виде:

- а) целевой медико-экономической экспертизы;
- б) плановой медико-экономической экспертизы.

14. Целевая медико-экономическая экспертиза проводится в случаях:

а) повторных обращений по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней - при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней - при повторной госпитализации;

б) заболеваний с удлинённым или укороченным сроком лечения более чем на 50 процентов от установленного стандартом медицинской помощи или средне сложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи;

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

15. На основании проведенного медико-экономического контроля плановая медико-экономическая экспертиза осуществляется по счетам, предоставленным к оплате в течение месяца после оказания застрахованному лицу медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в иных случаях может осуществляться в течение года после предъявления счетов на оплату.

16. При проведении плановой медико-экономической экспертизы оцениваются:

а) 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;

б) 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;

в) частота и характер нарушений медицинской организацией порядка формирования реестров счетов.

Информация об изменениях:

[Приказом ФОМС от 16 августа 2011 г. N 144 в пункт 17 настоящего Порядка внесены изменения](#)

[См. текст пункта в предыдущей редакции](#)

17. Объем ежемесячных плановых медико-экономических экспертиз от числа принятых к оплате счетов по случаям оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию определяется планом проверок страховыми медицинскими организациями медицинских организаций, согласованным территориальным фондом обязательного медицинского страхования в соответствии с [пунктом 51](#) раздела VII настоящего Порядка, и составляет не менее:

8% - стационарной медицинской помощи;

8% - медицинской помощи, оказанной в дневном стационаре;

0,8% - амбулаторно-поликлинической медицинской помощи.

В случае если в течение месяца количество дефектов медицинской помощи и / или нарушений при оказании медицинской помощи превышает 30 процентов от числа случаев оказания медицинской помощи, по которым была проведена медико-экономическая экспертиза, в следующем месяце объем проверок от числа принятых к оплате счетов по случаям оказания медицинской помощи должен быть увеличен не менее чем в 2 раза по сравнению с предыдущим месяцем.

18. В отношении определенной совокупности случаев оказания медицинской помощи, отобранных по тематическим признакам (например, частота и виды послеоперационных осложнений, продолжительность лечения, стоимость медицинских услуг) в медицинской организации в соответствии с планом, согласованным территориальным фондом обязательного медицинского страхования, может проводиться плановая тематическая медико-экономическая экспертиза.

Информация об изменениях:

[Приказом ФОМС от 16 августа 2011 г. N 144 в пункт 19 настоящего Порядка внесены изменения](#)

*См. текст пункта в предыдущей редакции*

19. По итогам медико-экономической экспертизы специалистом-экспертом составляется акт медико-экономической экспертизы ([приложение 3](#) к настоящему Порядку) в двух экземплярах: один передается в медицинскую организацию, один экземпляр остается в страховой медицинской организации / территориальном фонде обязательного медицинского страхования.

В соответствии с [частью 9 статьи 40](#) Федерального закона результаты медико-экономической экспертизы, оформленные соответствующим актом по форме, установленной Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, являются основанием для применения к медицинской организации мер, предусмотренных [статьей 41](#) Федерального закона, 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**

20. В соответствии с [частью 6 статьи 40](#) Федерального закона экспертиза качества медицинской помощи - выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи.

21. 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 и стандартам медицинской помощи, сложившейся клинической практике.

22. Экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи, включенным в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи ([пункт 81](#) раздела XIII настоящего Порядка) по поручению территориального фонда обязательного медицинского страхования или страховой медицинской организации.

23. Экспертиза качества медицинской помощи осуществляется в виде:

- а) целевой экспертизы качества медицинской помощи;
- б) плановой экспертизы качества медицинской помощи.

Информация об изменениях:

[Приказом ФОМС от 16 августа 2011 г. N 144 в пункт 24 настоящего Порядка внесены изменения](#)

[См. текст пункта в предыдущей редакции](#)

24. Целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится в течение месяца после предоставления страхового случая (медицинских услуг) к оплате, за исключением случаев, определенных действующим законодательством, и случаев, изложенных в [подпункте д\) пункта 25](#) настоящего раздела.

25. Целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится в случаях:

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

б) [исключен](#);

Информация об изменениях:

[См. текст подпункта "б"](#)

в) летальных исходов при оказании медицинской помощи;

г) внутрибольничного инфицирования и осложнения заболевания;

д) первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;

е) повторного обоснованного обращения по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней - при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней - при повторной госпитализации;

ж) заболеваний с удлинённым или укороченным сроком лечения более чем на 50 процентов от установленного стандартом медицинской помощи или средне сложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи.

26. При проведении целевой экспертизы качества медицинской помощи по случаям, отобраным по результатам целевой медико-экономической экспертизы, общие сроки проведения целевой экспертизы качества медицинской помощи могут увеличиваться до шести месяцев с момента предоставления счета на оплату.

При проведении целевой экспертизы качества медицинской помощи по случаям повторного обращения (госпитализации) по поводу одного и того же заболевания установленные сроки исчисляются с момента предоставления на оплату счета, содержащего информацию о повторном обращении (госпитализации).

Сроки проведения целевой экспертизы качества медицинской помощи с момента предоставления счета на оплату не ограничиваются по случаям жалоб застрахованных лиц или их представителей, летальных исходов, внутрибольничного инфицирования и осложнений заболеваний, первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей.

27. Проведение целевой экспертизы качества медицинской помощи в случае

поступления жалоб застрахованных лиц или их представителей не зависит от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи и осуществляется в соответствии с [Федеральным законом](#) от 2 мая 2006 года N 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации" и иными нормативными правовыми актами, регламентирующими работу с обращениями граждан.

28. Количество целевых экспертиз качества медицинской помощи определяется количеством случаев, требующих ее проведения по указанным в настоящем Порядке основаниям.

29. Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится с целью оценки соответствия объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи группам застрахованных лиц, разделенным по возрасту, заболеванию или группе заболеваний, этапу медицинской помощи и другим признакам, условиям, предусмотренным договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Информация об изменениях:

[Приказом ФОМС от 16 августа 2011 г. N 144 в пункт 30 настоящего Порядка внесены изменения](#)

[См. текст пункта в предыдущей редакции](#)

30. Объем ежемесячных плановых экспертиз качества медицинской помощи определяется планом проверок страховыми медицинскими организациями медицинских организаций, согласованным территориальным фондом обязательного медицинского страхования в соответствии с [пунктом 51](#) раздела VII настоящего Порядка, и составляет не менее:

в стационаре - 5% от числа законченных случаев лечения;

в дневном стационаре - 3% от числа законченных случаев лечения;

при оказании амбулаторно-поликлинической помощи - 0,5% от числа законченных случаев лечения по результатам медико-экономического контроля.

31. Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится по случаям оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, отобранным:

а) методом случайной выборки;

б) по тематически однородной совокупности случаев.

32. Плановая экспертиза качества медицинской помощи методом случайной выборки проводится для оценки характера, частоты и причин нарушений прав застрахованных лиц на своевременное получение медицинской помощи установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования объема и качества, в том числе обусловленных неправильным выполнением медицинских технологий, повлекших ухудшение состояния здоровья застрахованного лица, дополнительный риск неблагоприятных последствий для его здоровья, неоптимальное расходование ресурсов медицинской организации, неудовлетворенность медицинской помощью застрахованных лиц.

33. Плановая тематическая экспертиза качества медицинской помощи проводится в отношении определенной совокупности случаев оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, 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.

Выбор тематики осуществляется на основании показателей деятельности медицинских организаций, их структурных подразделений и профильных направлений

деятельности:

а) больничной летальности, частоты послеоперационных осложнений, первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей, частоты повторных госпитализаций, средней продолжительности лечения, стоимости медицинских услуг и других показателей;

б) результатов внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи.

34. Плановая тематическая экспертиза качества медицинской помощи направлена на решение следующих задач:

а) выявление, установление характера и причин типичных (повторяющихся, систематических) ошибок в лечебно-диагностическом процессе;

б) сравнение качества медицинской помощи, предоставленной группам застрахованных лиц, разделенным по возрасту, полу и другим признакам.

35. 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 в сроки, определенные планом проверок ([пункт 51](#) раздела VII настоящего Порядка).

36. Экспертиза качества медицинской помощи может проводиться в период оказания застрахованному лицу медицинской помощи (далее - очная экспертиза качества медицинской помощи), в том числе по обращению застрахованного лица или его представителя. Основной целью очной экспертизы качества медицинской помощи является предотвращение и / или минимизация отрицательного влияния на состояние здоровья пациента дефектов медицинской помощи.

Экспертом качества медицинской помощи с уведомлением администрации медицинской организации может проводиться обход подразделений медицинской организации с целью контроля условий оказания медицинской помощи, подготовки материалов для экспертного заключения, а также консультирования застрахованного лица.

При консультировании обратившееся застрахованное лицо информируется о состоянии его здоровья, степени соответствия оказываемой медицинской помощи порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию с разъяснением его прав в соответствии с [законодательством](#) Российской Федерации.

Информация об изменениях:

[Приказом ФОМС от 16 августа 2011 г. N 144 в пункт 37 настоящего Порядка внесены изменения](#)

[См. текст пункта в предыдущей редакции](#)

37. Экспертом качества медицинской помощи, осуществлявшим проведение экспертизы качества медицинской помощи, оформляется экспертное заключение ([приложение 11](#) к настоящему Порядку), содержащее описание проведения и результаты экспертизы качества медицинской помощи, на основании которого составляется акт экспертизы качества медицинской помощи.

В соответствии с [частями 9 и 10 статьи 40](#) Федерального закона результаты экспертизы качества медицинской помощи, оформленные соответствующим актом по форме, установленной Федеральным фондом обязательного медицинского страхования ([приложения 5, 6](#) к настоящему Порядку), являются основанием для применения к медицинской организации мер, предусмотренных [статьей 41](#) Федерального закона, 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).

На основании актов экспертизы качества медицинской помощи уполномоченными органами принимаются меры по улучшению качества медицинской помощи.

## **VI. Порядок осуществления территориальным фондом обязательного медицинского страхования контроля за деятельностью страховых медицинских организаций**

38. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования на основании [части 11 статьи 40](#) Федерального закона 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.

39. Повторные медико-экономическая экспертиза или экспертиза качества медицинской помощи (далее - реэкспертиза) - проводимая другим специалистом-экспертом медико-экономическая экспертиза или другим экспертом качества медицинской помощи экспертиза качества медицинской помощи с целью проверки обоснованности и достоверности выводов по ранее принятым заключениям, сделанным специалистом-экспертом или экспертом качества медицинской помощи, первично проводившим медико-экономическую экспертизу или экспертизу качества медицинской помощи.

Повторная экспертиза качества медицинской помощи может осуществляться параллельно или последовательно с первой тем же методом, но другим экспертом качества медицинской помощи.

40. Задачами реэкспертизы являются:

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

б) контроль деятельности отдельных специалистов-экспертов / экспертов качества медицинской помощи.

41. Реэкспертиза проводится в случаях:

а) проведения территориальным фондом обязательного медицинского страхования документальной проверки организации обязательного медицинского страхования страховой медицинской организацией;

б) выявления нарушений в организации контроля со стороны страховой медицинской организации;

в) необоснованности и / или недостоверности заключения эксперта качества медицинской помощи, проводившего экспертизу качества медицинской помощи;

г) поступления претензии от медицинской организации, не урегулированной со страховой медицинской организацией ([пункт 73](#) раздела XI настоящего Порядка).

42. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования уведомляет страховую медицинскую организацию и медицинскую организацию о проведении реэкспертизы не позднее, чем за 5 рабочих дней до начала работы.

Для проведения реэкспертизы территориальному фонду обязательного медицинского страхования в течение 5 рабочих дней после получения соответствующего запроса страховая медицинская организация и медицинская

организация обязаны предоставить:

страховая медицинская организация - необходимые для проведения реэкспертизы копии актов медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи;

медицинская организация - медицинскую, учетно-отчетную и прочую документацию, при необходимости результаты внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи, в том числе проведенного органом управления здравоохранением.

Информация об изменениях:

*Приказом ФОМС от 16 августа 2011 г. N 144 пункт 43 настоящего Порядка изложен в новой редакции*

*См. текст пункта в предыдущей редакции*

43. Количество случаев, подвергаемых реэкспертизе, определяется количеством поводов для их проведения в соответствии с [пунктами 40, 41](#) настоящего Порядка, но не менее 10% от числа всех экспертиз за соответствующий период времени, в их числе не менее 30% реэкспертиз качества медицинской помощи.

В течение календарного года реэкспертизе должны быть подвергнуты все страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, по случаям оказания медицинской помощи во всех медицинских организациях пропорционально количеству предъявленных к оплате счетов.

44. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования направляет оформленные актом ([приложение 7](#) к настоящему Порядку) результаты проведения реэкспертизы в страховую медицинскую организацию и медицинскую организацию в срок не позднее 20 рабочих дней после окончания проверки. Страховая медицинская организация и медицинская организация обязаны рассмотреть указанные акты в течение 20 рабочих дней с момента их получения.

45. Страховая медицинская организация и медицинская организация в случае отсутствия согласия с результатами проведенной реэкспертизы направляют в территориальный фонд обязательного медицинского страхования подписанный акт с протоколом разногласий не позже 10 рабочих дней с даты получения акта.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования в течение 30 рабочих дней с даты получения рассматривает акт с протоколом разногласий с привлечением заинтересованных сторон.

46. В соответствии с [частью 14 статьи 38](#) Федерального закона территориальный фонд обязательного медицинского страхования в случае выявления нарушений договорных обязательств со стороны страховой медицинской организации при возмещении ей затрат на оплату медицинской помощи уменьшает платежи на сумму выявленных нарушений или неисполненных договорных обязательств.

Перечень санкций за нарушения договорных обязательств устанавливается договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключаемым между территориальным фондом обязательного медицинского страхования и страховой медицинской организацией.

В соответствии с указанным договором в случае выявления нарушений в деятельности страховой медицинской организации территориальный фонд обязательного медицинского страхования использует меры, применяемые к страховой медицинской организации в соответствии с [частью 13 статьи 38](#) Федерального закона и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования или признает применяемые страховой медицинской организацией к медицинской

организации меры необоснованными.

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

а) наименование комиссии территориального фонда обязательного медицинского страхования;

б) дату (период) проверки страховой медицинской организации;

в) состав комиссии территориального фонда обязательного медицинского страхования;

г) нормативные правовые акты, являющиеся основанием для проведения контроля за деятельностью страховой медицинской организации по организации и проведению контроля и причины проведения контроля;

д) факты ненадлежащего выполнения страховой медицинской организацией договорных обязательств по организации и проведению контроля с указанием актов реэкспертизы;

е) меру ответственности страховой медицинской организации за выявленные нарушения;

ж) приложения (копии актов реэкспертизы и другое).

Претензия подписывается директором территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Исполнение по претензии осуществляется в течение 30 рабочих дней с даты ее получения страховой медицинской организацией, о чем информируется территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

48. В случае выявления территориальным фондом обязательного медицинского страхования при проведении реэкспертизы нарушений, пропущенных 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 обнаруженному дефекту медицинской помощи и / или нарушению при оказании медицинской помощи.

Информация об изменениях:

*Приказом ФОМС от 16 августа 2011 г. N 144 пункт 49 настоящего Порядка изложен в новой редакции*

*См. текст пункта в предыдущей редакции*

49. Средства в сумме, определенной актом реэкспертизы, возвращаются медицинской организацией в доход бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования. К страховой медицинской организации применяются санкции в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования

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

## **VII. Взаимодействие субъектов контроля**

51. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования

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 проверок страховыми медицинскими организациями медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по договорам на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

52. При проведении медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи медицинская организация предоставляет специалистам-экспертам и экспертам качества медицинской помощи в течение 5 рабочих дней после получения соответствующего запроса медицинскую, учетно-отчетную и прочую документацию, при необходимости результаты внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи.

53. В соответствии с [частью 8 статьи 40](#) Федерального закона 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 информацию.

54. Работники, участвующие в осуществлении контроля, несут ответственность за разглашение конфиденциальной информации ограниченного доступа в соответствии с [законодательством](#) Российской Федерации.

55. На основании [статьи 42](#) Федерального закона решение спорных и конфликтных вопросов, возникающих в ходе контроля между медицинской организацией и страховой медицинской организацией осуществляется территориальным фондом обязательного медицинского страхования.

О результатах решения спорных и конфликтных вопросов, о нарушениях в организации и проведении контроля, в оказании медицинской помощи в медицинской организации комиссия информирует заинтересованные стороны и орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения.

## **VIII. Учет и использование результатов контроля**

56. Отчеты о результатах проведенного контроля предоставляются страховыми медицинскими организациями в территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

Страховая медицинская организация и территориальный фонд обязательного медицинского страхования ведут учет актов контроля.

Учетными документами могут являться реестры актов медико-экономического контроля ([приложение 2](#) к настоящему Порядку), медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

Результаты контроля в форме актов в течение 5 рабочих дней передаются в медицинскую организацию.

Возможно ведение электронного документооборота между субъектами контроля с использованием электронно-цифровой подписи.

57. В случае, когда акт доставляется в медицинскую организацию лично представителем страховой медицинской организации / территориального фонда обязательного медицинского страхования, 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.

58. Руководитель медицинской организации или лицо, его замещающее, рассматривает акт в течение 15 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 направляется в страховую медицинскую организацию / территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

При несогласии медицинской организации с актом, подписанный акт возвращается в страховую медицинскую организацию с протоколом разногласий.

59. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования на основе анализа деятельности субъектов контроля разрабатывает предложения, способствующие повышению качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов обязательного медицинского страхования и информирует орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения и территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

60. В соответствии со [статьей 31](#) Федерального закона 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 соответствующим актом.

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

61. В целях обеспечения прав на получение доступной и качественной медицинской помощи застрахованные лица информируются медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями, территориальными фондами обязательного медицинского страхования о выявленных нарушениях в предоставлении медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования, в том числе по результатам контроля.

62. Работа с обращениями граждан в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования, территориальных фондах обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организациях проводится в соответствии с [Федеральным законом](#) от 2 мая 2006 года N 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации" и иными нормативными правовыми актами, регламентирующими работу с обращениями граждан.

63. При поступлении в страховую медицинскую организацию или территориальный фонд обязательного медицинского страхования 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.

64. В страховых медицинских организациях, организующих службу



представителей страховых медицинских организаций по осуществлению в медицинских организациях, участвующих в реализации программ обязательного медицинского страхования, работы по защите прав и законных интересов застрахованных лиц, представители страховых медицинских организаций принимают участие в подготовке и размещении информационных материалов по защите прав застрахованных лиц и результатам контроля, а также обеспечивают получающих в медицинских организациях медицинскую помощь застрахованных лиц информационно-разъяснительными материалами по вопросам их прав.

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

65. На основании [части 1 статьи 41](#) Федерального закона сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, удерживается 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 уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с настоящим Порядком.

66. 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:

а) 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;

б) уплата медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (по страховому случаю, при котором выявлены дефекты медицинской помощи и / или нарушения при оказании медицинской помощи).

67. Неоплата или уменьшение оплаты медицинской помощи и уплата медицинской организацией штрафов в соответствии с [подпунктом б\) пункта 66](#) настоящего раздела в зависимости от вида выявленных дефектов медицинской помощи и / или нарушений при оказании медицинской помощи могут применяться отдельно или одновременно.

68. 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 дефектов медицинской помощи и / или нарушений при оказании медицинской помощи или требует возврата сумм в страховую медицинскую организацию.

Сумма, не подлежащая оплате по результатам контроля, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной

медицинской организацией, либо подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Информация об изменениях:

*Приказом ФОМС от 16 августа 2011 г. N 144 пункт 69 настоящего Порядка изложен в новой редакции*

*См. текст пункта в предыдущей редакции*

69. За неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества медицинская организация уплачивает штраф в соответствии с перечнем оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи ([приложение 8](#) к настоящему Порядку) на основании предписания, содержащего:

а) заголовочную часть (номер и дата предписания, место вынесения, наименование организации, проводившей контроль, и медицинской организации, в отношении которой применяется штраф);

б) содержательную часть (основание для применения к медицинской организации штрафа в соответствии с нормативными правовыми актами в сфере обязательного медицинского страхования, номера и даты актов контроля);

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

г) заключительную часть (информирование о возможности обжалования предписания в соответствии с законодательством Российской Федерации, подпись руководителя (заместителя руководителя) организации, проводившей контроль).

70. 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 страховому случаю не производится.

71. 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.

72. Средства, поступившие в результате применения санкций к медицинской организации за нарушения, выявленные в ходе контроля, расходуются в соответствии с Федеральным законом.

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

73. В соответствии со [статьей 42](#) Федерального закона медицинская организация имеет право обжаловать заключение страховой медицинской организации по результатам контроля в течение 15 рабочих дней со дня получения актов страховой медицинской организации путем направления претензии в территориальный фонд обязательного медицинского страхования по рекомендуемому образцу ([приложение 9](#) к настоящему Порядку).

Претензия оформляется в письменном виде и направляется вместе с

необходимыми материалами в территориальный фонд обязательного медицинского страхования. Медицинская организация обязана предоставить в территориальный фонд обязательного медицинского страхования:

- а) обоснование претензии;
- б) перечень вопросов по каждому оспариваемому случаю;
- в) материалы внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи в медицинской организации.

74. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования в течение 30 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 оформляются решением территориального фонда.

Информация об изменениях:

[Приказом ФОМС от 16 августа 2011 г. N 144 в пункт 75 настоящего Порядка внесены изменения](#)

[См. текст пункта в предыдущей редакции](#)

75. Решение территориального фонда обязательного медицинского страхования, признающее правоту медицинской организации, 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.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования направляет решение по результатам реэкспертизы в страховую медицинскую организацию и в медицинскую организацию, направившую претензию в территориальный фонд обязательного медицинского страхования

Изменение финансирования по результатам рассмотрения спорных случаев проводится страховой медицинской организацией в срок не позднее 30 рабочих дней (в период окончательного расчета с медицинской организацией за отчетный период).

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

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

77. Организация территориальным фондом обязательного медицинского страхования 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.

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

78. В соответствии с [частью 5 статьи 40](#) Федерального закона 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.

79. Основными задачами специалиста-эксперта являются:

а) контроль соответствия предоставленной 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;

б) участие в организации и проведении экспертизы качества медицинской помощи и обеспечении гарантий прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи надлежащего качества.

80. Основными функциями специалиста-эксперта являются:

а) выборочный контроль объемов медицинской помощи по страховым случаям путем сопоставления фактических данных об оказанных застрахованному лицу медицинских услугах с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи;

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

в) подготовка материалов используемой методической базы для экспертизы качества медицинской помощи (порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, клинические протоколы, методические рекомендации и другое);

г) обобщение, анализ заключений, подготовленных экспертом качества медицинской помощи, участие в подготовке акта установленной формы или подготовка акта установленной формы;

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

е) ознакомление руководства медицинской организации с результатами медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи;

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

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

81. Экспертизу качества медицинской помощи в соответствии с [частью 7 статьи 40](#) Федерального закона 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 10 лет и прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования, включенный в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи ([пункт 84](#) настоящего раздела).

Эксперт качества медицинской помощи проводит экспертизу качества медицинской помощи по своей основной медицинской специальности, определенной

дипломом, свидетельством об аккредитации специалиста или сертификатом специалиста.

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

82. Основной задачей эксперта качества медицинской помощи является проведение экспертизы качества медицинской помощи с целью выявления дефектов медицинской помощи, включая оценку правильности выбора медицинской организации, степени достижения запланированного результата, установление причинно-следственных связей выявленных дефектов медицинской помощи, оформление экспертного заключения и рекомендаций по улучшению качества медицинской помощи в обязательном медицинском страховании.

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 больным, в лечении которого эксперт качества медицинской помощи принимал участие.

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

а) использует медицинские документы, содержащие описание лечебно-диагностического процесса, при необходимости выполняет осмотр пациентов;

б) предоставляет сведения об используемых нормативных документах (порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, клинические протоколы, методические рекомендации) по требованию должностных лиц медицинской организации, в которой проводится экспертиза качества медицинской помощи;

в) соблюдает правила врачебной этики и деонтологии, сохраняет врачебную тайну и обеспечивает сохранность полученных во временное пользование медицинских документов и их своевременный возврат организатору экспертизы качества медицинской помощи или в медицинскую организацию;

Информация об изменениях:

*Приказом ФОМС от 16 августа 2011 г. N 144 подпункт "г" пункта 83 настоящего Порядка изложен в новой редакции*

*См. текст подпункта в предыдущей редакции*

г) при проведении очной экспертизы качества медицинской помощи (пункт 36 раздела V настоящего Порядка) обсуждает с лечащим врачом и руководством медицинской организации предварительные результаты экспертизы качества медицинской помощи

84. 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 обязательного медицинского страхования в соответствии с [пунктом 9 части 7 статьи 34](#) Федерального закона на основе единых организационных, методологических и программно-технических принципов.

ГАРАНТ:

См. [Порядок](#) ведения территориального реестра экспертов качества медицинской помощи территориальным фондом обязательного медицинского страхования и размещения его на официальном сайте территориального фонда обязательного



медицинского страхования в сети "Интернет", утвержденный [приказом](#) ФФОМС от 13 декабря 2011 г. N 230

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

В соответствии с [пунктом 11 части 8 статьи 33](#) Федерального закона Федеральный фонд обязательного медицинского страхования ведет единый реестр экспертов качества медицинской помощи, являющийся совокупностью электронных баз данных территориальных реестров экспертов качества медицинской помощи.

ГАРАНТ:

См. [Методические указания](#) о порядке ведения реестров экспертов качества медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденные ФФОМС 17 февраля 2011 г.

Информация об изменениях:

[Приказом](#) ФОМС от 16 августа 2011 г. N 144 в настоящее приложение внесены изменения

*См. текст приложения в предыдущей редакции*

ГАРАНТ:

См. данную форму в редакторе MS-Excel

Приложение 1

### Акт\* \_медико-экономического контроля

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 оказанных медицинских услуг, суммарная стоимость медицинских услуг, предоставленных к оплате. Констатация соответствия (несоответствия) данных счета-фактуры реестру оказанной медицинской помощи.

Констатация соответствия (несоответствия) тарифов, указанных в реестре оказанной медицинской помощи, утвержденным тарифам.

Констатация соответствия (несоответствия) видов и профилей оказанной медицинской помощи лицензии медицинского учреждения.

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

Расшифровка выявленных дефектов медицинской помощи / нарушений при оказании медицинской помощи (в соответствии с Перечнем оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи ([приложение 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 дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании медицинской помощи в случае заполнения по данной форме акта по результатам повторного медико-экономического контроля, проведенного территориальным фондом обязательного медицинского страхования.

Итоговая сумма, принятая к оплате.

Заверительная часть

Должность, подпись работника, проводившего медико-экономический контроль.

Должность, подпись ответственного лица страховой медицинской организации (территориального фонда обязательного медицинского страхования), утверждающего Акт.

Должность, подпись руководителя медицинской организации, ознакомившегося с Актом.

\* по данной форме заполняется акт также и при проведении повторного медико-экономического контроля

Табличная форма акта N \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ (дата)  
 медико-экономического контроля счета N \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
 за оказанную медицинскую помощь

в медицинской организации: \_\_\_\_\_  
 (наименование)

Перечень отклоненных позиций к оплате в счете (реестре) с разбивкой по:  
 - коду специалиста медицинской организации  
 - коду профиля отделения (для медицинской организации, оказывающей стационарную помощь, - койки)

№ п/п в реестре	№ полиса обязательного медицинского страхования	Код по МКБ-10	Дата начала лечения	Дата окончания лечения	Код дефекта/нарушения	Расшифровка кода дефекта/нарушения	Сумма неоплаты (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	сумма	кол-во	кол-во	сумма

Итого по счету: \_\_\_\_\_

Исполнитель \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ расшифровка  
 подписи  
 Руководитель страховой медицинской организации/директор  
 территориального фонда обязательного медицинского страхования

\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ расшифровка  
подписи  
М.П.  
Должность, подпись руководителя медицинской организации, ознакомившегося  
с Актом \_\_\_\_\_  
Дата \_\_\_\_\_

ГАРАНТ:

См. данную форму в редакторе MS-Excel

Приложение 2  
(с изменениями от 16 августа 2011 г.)

Рекомендуемый образец

Реестр актов медико-экономического контроля

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

Период \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. - \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

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

Наименование и код СМО (ТФ), получившего счета от медицинской организации

\_\_\_\_\_  
Название и код территории местонахождения СМО (ТФ)

\_\_\_\_\_  
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 стационарную медицинскую помощь:

счет (ов) \_\_\_\_\_ реестров счетов \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ на сумму \_\_\_\_\_ руб.

За медицинскую помощь, оказанную в дневном стационаре:

\_\_\_\_\_ реестров счетов

\_\_\_\_\_ счетов \_\_\_\_\_ на сумму \_\_\_\_\_ руб.

За амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь (в т.ч. стоматологические и параклинические услуги):

счет(ов) \_\_\_\_\_ реестров счетов \_\_\_\_\_

на сумму \_\_\_\_\_ руб.

1. Согласовано к оплате всего:

Счетов \_\_\_\_\_ на сумму \_\_\_\_\_ руб.







			(к/д., посещен ий, УЕТ)					
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Дата предоставления счетов СМО (ТФ) медицинской организацией

"\_\_" \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Дата проверки счетов (реестров) "\_\_" \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Специалист (Ф.И.О. и подпись) \_\_\_\_\_

Информация об изменениях:

**Приказом ФОМС от 16 августа 2011 г. N 144 в название настоящего приложения внесены изменения**

**См. текст названия в предыдущей редакции**

ГАРАНТ:

**См. данную форму в редакторе MS-Word**

**Приложение 3  
(с изменениями от 16 августа 2011 г.)**

**Акт медико-экономической экспертизы страхового случая**

N \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

1. Дата проведения экспертизы \_\_\_\_\_
2. Фамилия, имя, отчество 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 карты (амбулаторного или стационарного больного) \_\_\_\_\_
8. Окончательный (клинический) диагноз основного заболевания \_\_\_\_\_
9. Диагноз сопутствующего заболевания \_\_\_\_\_
10. Сроки лечения с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_
11. Стоимость лечения \_\_\_\_\_
12. Длительность заболевания \_\_\_\_\_
13. Фамилия, имя, отчество лечащего врача \_\_\_\_\_
14. Дополнительно проверена следующая учетно-отчетная документация \_\_\_\_\_

Заключение специалиста-эксперта по обоснованности объемов медицинских услуг, предоставленных к оплате, и их соответствие записям в первичной медицинской и учетно-отчетной документации медицинской организации (в т.ч. краткий перечень выявленных недостатков)

**ВЫВОДЫ:**

Не подлежит оплате (сумма, код дефекта / нарушения штраф (сумма, код дефекта / нарушения)) \_\_\_\_\_

Подлежит оплате \_\_\_\_\_

"\_\_" \_\_\_\_\_ 200\_\_ г. Специалист-эксперт \_\_\_\_\_  
(подпись)

Руководитель М.П. медицинской организации \_\_\_\_\_  
(подпись)

Информация об изменениях:

**Приказом ФОМС от 16 августа 2011 г. N 144 в настоящее приложение внесены изменения**

См. текст приложения в предыдущей редакции

ГАРАНТ:

См. данную форму в редакторе MS-Word

**Приложение 4  
(с изменениями от 16 августа 2011 г.)**

**Рекомендуемый образец**

**Реестр актов медико-экономической экспертизы**  
N \_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Медицинская организация \_\_\_\_\_

Сумма по счету \_\_\_\_\_

1. Количество проверенной медицинской документации \_\_\_\_\_  
(медицинских карт амбулаторного / стационарного больного, прочей  
учетно-отчетной документации)

2. Выявлено несоответствие счета записям на сумму \_\_\_\_\_ руб.

3. Выявлено дефектов медицинской помощи / нарушений при оказании  
медицинской помощи: \_\_\_\_\_

Далее указываются все выявленные дефекты медицинской помощи / 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 экономист страховой медицинской организации \_\_\_\_\_  
"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Руководитель медицинской организации \_\_\_\_\_

М.П.

Информация об изменениях:

**Приказом ФОМС от 16 августа 2011 г. N 144 в настоящее приложение внесены  
изменения**

См. текст приложения в предыдущей редакции

ГАРАНТ:

См. данную форму в редакторе MS-Word

**Приложение 5  
(с изменениями от 16 августа 2011 г.)**

**Акт экспертизы качества медицинской помощи (целевой)**  
N \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Экспертом качества медицинской помощи

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. эксперта)  
по поручению

\_\_\_\_\_ (наименование направившей организации)

Поручение N \_\_\_\_\_

в связи с \_\_\_\_\_

(повод для проверки – жалоба, претензия и т.д.)  
произведена целевая экспертиза качества медицинской помощи с целью выявления нарушений прав застрахованного лица \_\_\_\_\_

№ полиса обязательного медицинского страхования, место работы  
Место оказания медицинской помощи \_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации, отделения)

Ф.И.О. лечащего врача \_\_\_\_\_

Медицинская карта (амбулаторного, стационарного) больного, прочие  
учетно-отчетные документы

№ \_\_\_\_\_

Период оказания медицинской помощи:

с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. по "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Диагноз, установленный медицинской организацией \_\_\_\_\_

#### КРАТКОЕ ЭКСПЕРТНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

(готовится на основании экспертного заключения):

Выявленные дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании  
медицинской помощи \_\_\_\_\_

Выводы \_\_\_\_\_

Рекомендации \_\_\_\_\_

Неоплачиваемых (койко-дней, пациенто-дней, посещений): \_\_\_\_\_

Штраф в размере \_\_\_\_\_ руб.

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

Подпись эксперта качества медицинской помощи \_\_\_\_\_

Подпись представителя страховой \_\_\_\_\_ медицинской организации  
(территориального фонда обязательного медицинского страхования) \_\_\_\_\_

Подпись представителя медицинской организации \_\_\_\_\_

С актом экспертизы ознакомлен \_\_\_\_\_

(Подпись руководителя медицинской организации)

М.П.

Составляется в двух экземплярах

Информация об изменениях:

**Приказом ФОМС от 16 августа 2011 г. N 144 в настоящее приложение изложено в  
новой редакции**

**См. текст приложения в предыдущей редакции**

ГАРАНТ:

**См. данную форму в редакторе MS-Excel**





См. данную форму в редакторе MS-Word

**Приложение 7**  
**(с изменениями от 16 августа 2011 г.)**

**Акт реэкспертизы\* по результатам медико-экономической экспертизы /  
экспертизы качества медицинской помощи  
(нужное подчеркнуть)**

N \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

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

от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. N \_\_\_\_\_

Экспертами (специалист-эксперт/эксперт качества медицинской помощи -  
нужное подчеркнуть): \_\_\_\_\_ (должность) \_\_\_\_\_  
(ФИО)

\_\_\_\_\_ (должность) \_\_\_\_\_ (ФИО)

проведена реэкспертиза по результатам МЭЭ/ЭКМП (нужное подчеркнуть),  
проведенной СМО \_\_\_\_\_

наименование СМО

Адрес местонахождения СМО \_\_\_\_\_

Дата проведения проверки \_\_\_\_\_

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

наименование медицинской организации, город, район

Принято к оплате \_\_\_\_\_ счетов за пролеченных застрахованных

из них: стационарной помощи - \_\_\_\_\_,

медицинской помощи в дневном стационаре - \_\_\_\_\_,

амбулаторно-поликлинической помощи - \_\_\_\_\_.

СМО проведена МЭЭ/ЭКМП (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_ случаев  
(\_\_\_\_\_%):

из них: стационарной помощи - \_\_\_\_\_ случаев  
(\_\_\_\_\_%),

медицинской помощи в дневном стационаре - \_\_\_\_\_ случаев  
(\_\_\_\_\_%),

амбулаторно-поликлинической помощи - \_\_\_\_\_ случаев  
(\_\_\_\_\_%).

При этом СМО выявлено \_\_\_\_\_ случаев (\_\_\_\_\_% ) нарушений,  
допущенных при предоставлении застрахованным лицам медицинской помощи.

1. Проведена реэкспертиза \_\_\_\_\_ случаев (\_\_\_\_\_%).

2. При реэкспертизе \_\_\_\_\_ случаев, признанных СМО удовлетворительными,  
экспертное заключение специалистов ТФОМС совпало с экспертным  
заключением СМО в \_\_\_\_\_ случаях (\_\_\_\_\_%), а именно:

N п/п	N полиса обязательного медицинского страхования	N медицинской карты стационарного, амбулаторного больного	Период лечения	Код лечебного отделения	Диагноз или код МКБ-10

2.1. По \_\_\_\_\_ случаям (\_\_\_\_\_% ) специалистами  
территориального фонда обязательного медицинского страхования выявлены  
нарушения, допущенные медицинской организацией, но не выявленные СМО.

Описание конкретного случая выявленного нарушения включает:

- N п/п, N полиса обязательного медицинского страхования, период лечения, количество койко-дней (посещений, услуг, УЕТ), тариф законченного случая, диагноз (основной, сопутствующий), категория (работающий, неработающий);

- дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании медицинской помощи в соответствии с **приложением 8** к настоящему Порядку, допущенные медицинской организацией, но не выявленные СМО:

- экспертное заключение специалистов территориального фонда обязательного медицинского страхования формулируется согласно договору со СМО 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 СМО нарушениями в медицинской организации и оказании медицинской помощи застрахованным лицам.

По \_\_\_\_\_ случаям ( \_\_\_\_\_ %) экспертное заключение СМО совпало с экспертным заключением специалистов территориального фонда обязательного медицинского страхования, а именно:

N п/п	N полиса обязательного медицинского страхования	N медицинской карты стационарного, амбулаторного больного	Период лечения	Код лечебного отделения	Диагноз или код МКБ-10

3.1. По \_\_\_\_\_ случаям ( \_\_\_\_\_ %) специалистами территориального фонда обязательного медицинского страхования выявлены нарушения, допущенные специалистами СМО при МЭЭ/ЭКМП (нужное подчеркнуть).

Описание конкретного случая выявленного нарушения включает:

- N п/п, N полиса обязательного медицинского страхования, период лечения, количество койко-дней (посещений, услуг, УЕТ), тариф, диагноз (основной, сопутствующий), категорию (работающий, неработающий);

- суть выявленного СМО нарушения;

- экспертное заключение, принятое СМО с указанием суммы недоплаты;

- нарушение, допущенное СМО при организации и проведении МЭЭ / ЭКМП.

Экспертное заключение специалистов территориального фонда обязательного медицинского страхования формулируется согласно договору с СМО с указанием номера пункта перечня нарушений и сумм финансовых санкций, наименования нарушений.

Сумма по счету \_\_\_\_\_ руб.

Необоснованно удержанная СМО с медицинской организации сумма \_\_\_\_\_ руб.

Сумма финансовых санкций \_\_\_\_\_ руб.

4. Выводы: Экспертное заключение СМО и территориального фонда обязательного медицинского страхования совпало в \_\_\_\_\_ случаях ( \_\_\_\_\_ %), выявлено нарушений, допущенных СМО в организации и проведении МЭЭ/ЭКМП (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 СМО на счет ТФОМС финансовые 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

\_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_ подпись

Директор территориального фонда обязательного медицинского  
страхования

\_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_ подпись

С актом ознакомлены:

Руководитель СМО \_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_ подпись

М.П.

Руководитель медицинской организации \_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_  
подпись

М.П.

**Примечания:** \* повторной экспертизы

## Приложение N 8

### Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)

<b>Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц</b>	
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.
1.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, в том числе:
1.2.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;
1.2.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, 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 причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;
1.3.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск

	прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания.
1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц (в рамках добровольного медицинского страхования или в виде оказания платных услуг) за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.
1.5.	Приобретение пациентом лекарственных средств и изделий медицинского назначения в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в "Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств", "Формуляр лечения стационарного больного", согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи.
<b>Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения</b>	
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 оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи;
2.2.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;
2.2.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;
2.2.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.
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 оказания гражданам Российской Федерации бесплатной 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 показателях доступности и качества медицинской помощи;
2.4.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;
2.4.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при

	амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.
<b>Раздел 3. Дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании медицинской помощи</b>	
3.1.	Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи:
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;
3.2.2.	приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) отсутствия письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);
3.2.3.	приведших 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 лечения, оформленного в установленном порядке);
3.2.4.	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);
3.2.5.	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий:
3.3.1.	приведших к удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица;
3.3.2.	приведших 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 лечения, оформленного в установленном порядке).
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).
3.5.	Повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения и 90 дней со дня завершения лечения в стационаре, вследствие отсутствия положительной динамики в состоянии здоровья, подтвержденное проведенной целевой или плановой экспертизой (за исключением случаев этапного лечения).
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию

	более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения 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 в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара.
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.	Необоснованное удлинение сроков лечения по вине медицинской организации, а также увеличение количества медицинских услуг, посещений, койко-дней, не связанное с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в рамках стандартов медицинской помощи.
3.10.	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях.
3.11.	Действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания).
3.12.	Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств - синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения.
3.13.	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.
3.14.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории.
<b>Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации</b>	
4.1.	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.
4.2.	Дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи).
4.3.	Отсутствие в первичной документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях.
4.4.	Наличие признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление истории болезни, с умышленным 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 табелю учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).
4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:
4.6.1.	включение в счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов посещений, койко-дней и др., не подтвержденных первичной медицинской документацией;
4.6.2.	несоответствие сроков лечения, согласно первичной медицинской документации, застрахованного лица срокам, указанным в реестре счета;
<b>Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов</b>	
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;
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:
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 ОМС, адресе и т.д.);
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис ОМС на территории другого субъекта РФ;
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 ОМС на территории РФ.
5.3.	Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС:
5.3.1.	Включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в Территориальную программу ОМС;
5.3.2.	Предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы;
5.3.3.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального

	страхования).
5.4.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь:
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 нелицензированных видов медицинской деятельности:
5.5.1.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи 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:
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 случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.
5.7.	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи:
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 услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;
5.7.4.	Стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованное в системе ОМС.
5.7.5.	Включения в реестр счетов медицинской помощи: - амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи); - пациенто-дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях).
5.7.6.	Включение в реестр счетов нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.

Информация об изменениях:

**Приказом ФОМС от 16 августа 2011 г. N 144 настоящее приложение изложено в новой редакции**

**См. текст приложения в предыдущей редакции**

ГАРАНТ:

См. данную форму в редакторе MS-Word

**Приложение N 9  
(с изменениями от 16 августа 2011 г.)**

**Рекомендуемый образец**

От \_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации)

**Претензия**

**В** \_\_\_\_\_  
(территориальный фонд ОМС)

Считаю необоснованной сумму взаиморасчета, определенную страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_

(наименование СМО)  
согласно акт(а, -ов) МЭЭ / ЭКМП 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 и ведомственного контроля качества медицинской помощи на \_\_\_ лист(е, -ах);

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

Руководитель  
медицинской организации \_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О.)

"\_\_" \_\_\_\_\_ 201\_ г.

М.П.

Информация об изменениях:

**Приказом ФОМС от 16 августа 2011 г. N 144 настоящий Порядок дополнен приложением 10**

ГАРАНТ:

См. данную форму в редакторе MS-Excel

## Приложение 10

**Акт  
медико-экономической экспертизы (сводный)  
N \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.**

Наименование проверяющей организации \_\_\_\_\_

Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_

Ф.И.О. специалиста-эксперта \_\_\_\_\_

Проверяемый период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 201\_ по "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 201\_ г.

Дата проведения экспертизы с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 201\_ по "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 201\_ г.

Дата счета:

N п/п	N полиса ОМС	Источник информации (н-р, номер медицинской карты амб. / стац. больного)	Даты обращения		Код МКБ	Оплачено за медицинские услуги	Код дефекта медицинской помощи / нарушения	Размер взаиморасчета	Служебная отметка
			начало	конец					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Всего</b>							-		-

ИТОГО:

Всего проверено случаев \_\_\_\_\_.

Признаны содержащими дефекты / нарушения \_\_\_ случаев на сумму \_\_\_ рублей,

Не предъявлено для медико-экономической экспертизы \_\_\_\_\_.

Специалист-эксперт \_\_\_\_\_

подпись, Ф.И.О., дата подписания

Руководитель медицинской организации \_\_\_\_\_

подпись, Ф.И.О., дата подписания

Информация об изменениях:

**Приказом ФОМС от 16 августа 2011 г. N 144 настоящий Порядок дополнен приложением 11**

ГАРАНТ:

См. данную форму в редакторе MS-Word

## Приложение 11

**Экспертное заключение**

**(протокол оценки качества медицинской помощи)**

Наименование проверяющей организации \_\_\_\_\_  
Медицинская карта (амбул. / стац.) больного № \_\_\_\_\_, лечащий врач \_\_\_\_\_  
№ полиса обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_  
Адрес застрахованного лица \_\_\_\_\_

Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_  
Счет № \_\_\_\_\_ 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 следствий ошибок в сборе информации:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

II. ДИАГНОЗ (формулировка, содержание, время постановки)  
основной \_\_\_\_\_

осложнение \_\_\_\_\_  
сопутствующий \_\_\_\_\_

Обоснование негативных последствий ошибок в диагнозе:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

III. ЛЕЧЕНИЕ (хирургическое, в т.ч. родовспоможение, медикаментозное, прочие виды и способы лечения)

\_\_\_\_\_

Обоснование негативных последствий ошибок в лечении:

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Обоснование негативных последствий ошибок 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.