Проект

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

В соответствии с частью 1 статьи 40 Федерального закона
от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском
страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства
Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2020, № 50, ст. 8075)
и подпунктом 5.2.1363 Положения о Министерствездравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. № 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 26, ст. 3526; 2020, № 52, ст. 8827), приказываю:

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

Министр М.А. Мурашко

Приложение

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 2021 г. № \_\_\_

Порядок

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

I. Общие положения

1. Настоящий Порядок проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения (далее - Порядок) разработан в соответствии с главой 9 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»[[1]](#footnote-1) (далее - Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации») и определяет правила и процедуру проведения страховыми медицинскими организациями, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и территориальными фондами обязательного медицинского страхования контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам медицинскими организациями, а также ее финансового обеспечения в объеме и на условиях, которые установлены территориальными программами обязательного медицинского страхования, базовой программой обязательного медицинского страхования (далее также – программы обязательного медицинского страхования), договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и договором на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (далее соответственно – договор по обязательному медицинскому страхованию, договор в рамках базовой программы), в том числе формы проведения такого контроля, его продолжительность и периодичность.

2. Цель настоящего Порядка - регулирование мероприятий, направленных на реализацию прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе на обеспечение за счет средств обязательного медицинского страхования гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках программ обязательного медицинского страхования, создание условий для обеспечения доступности и качества указанной медицинской помощи.

II. Цели контроля объемов, сроков, качества и условий

предоставления медицинской помощи по обязательному

медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения

3. К контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения (далее - контроль) относятся мероприятия по проверке соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи объему и условиям, которые установлены программами обязательного медицинского страхования, договором по обязательному медицинскому страхованию и договором в рамках базовой программы.

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

5. Субъектами контроля являются Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, территориальные фонды обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации и медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования[[2]](#footnote-2).

6. Цели контроля:

1) обеспечение бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи в объеме и на условиях, которые установлены программами обязательного медицинского страхования, договором по обязательному медицинскому страхованию и договором в рамках базовой программы;

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

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

несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья застрахованного лица при наступлении страхового случая, с учетом степени поражения органов и (или) систем организма либо нарушений их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением;

невыполнения, несвоевременного или ненадлежащего выполнения необходимых пациенту профилактических, диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи;

несоблюдения сроков ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, включая сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов, в том числе в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, предусматривающих планировочные решения внутренних пространств, обеспечивающих комфортность пребывания пациентов, включая организацию открытой регистратуры с инфоматом, электронного табло с расписанием приема врачей, колл-центра, системы навигации, зоны комфортного пребывания в холлах и оснащение входа автоматическими дверями[[3]](#footnote-3);

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

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

6) соответствие стоимости оказанной застрахованным лицам медицинской помощи размеру финансового обеспечения объемов медицинской помощи, распределенных медицинской организации комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, созданной в субъекте Российской Федерации в соответствии с частью 9 статьи 36 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», (далее - комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования), способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.

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

8. В целях контроля оказанной застрахованному лицу медицинской помощи по профилю «онкология» страховая медицинская организация посредством информационного ресурса территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее - территориальный фонд) ведет персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, по случаям подозрения на онкологическое заболевание или установленного диагноза онкологического заболевания, по впервые выявленному заболеванию или продолжающемуся лечению, обеспечивая сбор, обработку, передачу и хранение сведений об оказанной медицинской помощи в хронологической последовательности по датам оказания законченных случаев лечения и/или медицинских услуг[[4]](#footnote-4).

9. В целях контроля оказанной застрахованному лицу медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий страховая медицинская организация посредством информационного ресурса территориального фонда ведет персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, начиная с даты установления диагноза «Женское бесплодие» (№ 97) и (или) «Мужское бесплодие» (№ 46) и до даты рождения ребенка, обеспечивая сбор, обработку, передачу и хранение сведений об оказанной медицинской помощи в хронологической последовательности по датам оказания законченных случаев лечения (законченных случаев госпитализации) и/или медицинских услуг[[5]](#footnote-5)4.

III. Медико-экономический контроль

10. Медико-экономический контроль в соответствии с частью 3 статьи 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» - установление соответствия сведений об объемах и стоимости оказанной застрахованным лицам медицинской помощи на основании представленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров по обязательному медицинскому страхованию или договоров в рамках базовой программы, программам обязательного медицинского страхования, объемам предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, распределенным комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.

11. Медико-экономический контроль осуществляется в течение двух рабочих дней после представления медицинскими организациями реестров счетов на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, в автоматизированном режиме работниками:

1) Федерального фонда обязательного медицинского страхования – в соответствии с договором в рамках базовой программы;

2) территориальных фондов – в соответствии с договором по обязательному медицинскому страхованию.

12. При медико-экономическом контроле проводится контроль оказанной и поданной на оплату за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи:

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

2) по каждому страховому случаю в целях:

проверки реестров счетов на соответствие установленному порядку информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования[[6]](#footnote-6);

идентификации лица, застрахованного конкретной страховой медицинской организацией;

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

выявления случаев невключения или несвоевременного включения в группу диспансерного наблюдения застрахованных лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение, а также несоблюдения установленной периодичности осмотров граждан, включенных в группы диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований[[7]](#footnote-7);

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

выявления случаев оказания медицинской помощи застрахованным лицам, поданных на оплату за счет средств обязательного медицинского страхования без указания в реестре счета признака летального исхода, по которым территориальный фонд имеет сведения о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи;

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

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

выявления случаев госпитализации застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (далее – непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям,, в том числе с в целях отбора случаев оказания медицинской помощи для проведения медико-экономической экспертизы и(или) экспертизы качества медицинской помощи;

выявления случаев повторных обращений по поводу одного и того же заболевания: в течение четырнадцати дней - при оказании медицинской помощи амбулаторно; в течение тридцати дней – при оказании медицинской помощи стационарно, в целях отбора случаев оказания медицинской помощи для проведения медико-экономической экспертизы и(или) экспертизы качества медицинской помощи;

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

выявления случаев оказания застрахованным лицам медицинской помощи с летальным исходом в условиях круглосуточного и дневного стационаров, в амбулаторных условиях в неотложной форме, вне медицинской организации бригадами скорой медицинской помощи в целях отбора случаев оказания медицинской помощи для проведения медико-экономической экспертизы и(или) экспертизы качества медицинской помощи;

13. Выявленные в реестрах счетов нарушения отражаются в заключении о результатах медико-экономического контроля по форме согласно [приложению 1](#P482) к настоящему Порядку[[8]](#footnote-8) с указанием суммы уменьшения счета в целом и по каждой записи реестра, содержащей сведения о нарушениях при оказании медицинской помощи и суммах неоплаты и (или) уменьшения оплаты оказанной медицинской помощи.

При выявлении на основе сведений информационного ресурса территориального фонда за истекшие сутки случая непрофильной госпитализации застрахованного лица при оказании ему медицинской помощи в плановой форме оформляется заключение о результатах медико-экономического контроля (приложение 1 к настоящему Порядку), которое дополнительно направляется руководителю медицинской организации, выдавшей направление на плановую госпитализацию и в орган государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья для принятия мер по обеспечению профильной госпитализации в течение суток со дня выявления случая непрофильной госпитализации.

14. Результаты медико-экономического контроля, оформленные заключением, предусмотренным [пунктом 13](#P98) настоящего Порядка, являются основанием для:

1) применения мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», условиями договора по обязательному медицинскому страхованию, договора в рамках базовой программы и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), установленных разделом I [приложения 8](#P1545) к настоящему Порядку;

2) проведения Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, территориальным фондом, страховой медицинской организацией медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи;

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

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

15. При выявлении при проведении территориальным фондом медико-экономического контроля превышения медицинской организацией объемов медицинской помощи, подлежащих оплате за счет средств обязательного медицинского страхования, и(или) их финансового обеспечения, установленных медицинской организации на соответствующий квартал решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, позиции реестра счета, содержащие сведения об оказанной медицинской помощи с наиболее поздней датой окончания лечения в отчетный период снимаются с оплаты на сумму превышенных объемов медицинской помощи и(или) на сумму превышения ее финансового обеспечения, исходя из установленного среднемесячного объема медицинской помощи и(или) ее финансового обеспечения, с учетом приоритетности оплаты медицинской помощи, оказанной в экстренной и неотложной форме, а также при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности населения в субъекте Российской Федерации.

В случае наличия в реестре счета двух и более позиций с одинаковой датой окончания лечения лиц, застрахованных в разных страховых медицинских организациях, снятию подлежат все позиции реестра счета с такой датой. При необходимости сумма средств обязательного медицинского страхования, не подлежащая оплате, определяется пропорционально численности лиц, застрахованных в каждой из страховой медицинской организации.

16. Медицинская организация вправе однократно представить в территориальный фонд на оплату за счет средств обязательного медицинского страхования ранее отклоненные позиции реестра счета в связи с выявлением нарушений при оказании медицинской помощи (дефектов) в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), установленных разделом I [приложения 8](#P1545) к настоящему Порядку, отнесенных к кодам 1.4.1 – 1.4.6, 1.5.1 – 1.5.4, 1.7.1, 1.7.2 не позднее семи рабочих дней со дня получения заключения по результатам медико-экономического контроля а также в случае принятия комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования решения об увеличении медицинской организации объемов медицинской помощи и(или) ее финансового обеспечения в отчетном периоде в срок до 1 числа месяца, следующего за месяцем получения медицинской организацией от территориального фонда заключения по результатам медико-экономического контроля – к кодам 1.6.2, 1.6.3.

IV. Медико-экономическая экспертиза

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

18. Медико-экономическая экспертиза проводится специалистом-экспертом ([пункт 104](#P409) настоящего Порядка).

19. Медико-экономическая экспертиза осуществляется в форме:

1) плановой медико-экономической экспертизы;

2) внеплановой медико-экономической экспертизы.

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

21. При проведении плановой медико-экономической экспертизы оцениваются:

1) частота нарушений прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в объеме, сроках и на условиях, установленных договором по обязательному медицинскому страхованию или договором в рамках базовой программы, а также причины выявленных нарушений;

2) частота нарушений медицинской организацией, связанных с формированием реестров счетов;

3) соответствие сроков оказания медицинской помощи срокам, установленным территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

4) полнота оказанной медицинской организацией медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования;

5) соответствие оказанной застрахованному лицу медицинской помощи по профилю «онкология» клиническим рекомендациям, порядкам оказания медицинской помощи, стандартам медицинской помощи в части своевременности назначения и проведения диагностических исследований и лечебных мероприятий, консилиума врачей после первичного установление онкологического заболевания, соблюдения цикличности проведения лекарственной противоопухолевой терапии;

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

22. Плановая медико-экономическая экспертиза осуществляется в течение одного месяца с рабочего дня, следующего за днем оформления заключения о результатах медико-экономического контроля, за исключением случаев, предусмотренных подпунктом 6 [пункта 21](#P130) настоящего Порядка, при которых плановая медико-экономическая экспертиза осуществляется в течение двух рабочих дней со дня получения страховой медицинской организацией информации о случае проведения консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий.

23. Внеплановая медико-экономическая экспертиза проводится во всех случаях:

1) повторных обращений по поводу одного и того же заболевания в течение четырнадцати дней при оказании медицинской помощи амбулаторно, в течение тридцати дней при оказании медицинской помощи в круглосуточном стационаре (при наличии прерванных случаев госпитализации) при одновременном оказании застрахованным лицам в указанный период медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением экстренной стоматологической помощи);

2) получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность медицинской помощи в медицинской организации, включая случаи несоблюдения сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, по случаям оказания медицинской помощи, не завершившимся летальным исходом;

3) оказания медицинской помощи по профилю «онкология» с применением лекарственной противоопухолевой терапии в части своевременности назначения и проведения диагностических исследований и лечебных мероприятий, консилиума врачей после первичного установление онкологического заболевания, соблюдения цикличности проведения лекарственной противоопухолевой терапии;

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

5)  летального исхода вне медицинской организации до приезда бригады скорой медицинской помощи;

6) поручения Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в том числе в соответствии с запросом Министерства здравоохранения Российской Федерации, органа государственного контроля (надзора), а также в соответствии с поручениями Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации и на основании требования прокурора о проведении внеплановой проверки в рамках надзора за исполнением законов по поступившим в органы прокуратуры материалам и обращениям;

7) отсутствия факта, подтверждающего постановку на учет по беременности, в течение 12 недель после проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения;

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

24. Внеплановая медико-экономическая экспертиза проводится в течение пятнадцати календарных дней по случаям, указанным в:

1) подпунктах 1, 3 – 5 пункта 23 настоящего Порядка – с рабочего дня, следующего за днем оформления заключения по результатам медико-экономического контроля (приложение 1 к настоящему Порядку);

2) подпункте 2 пункта 23 настоящего Порядка – с рабочего дня, следующего за днем регистрации обращения застрахованного лица или его представителя;

Срок проведения внеплановой медико-экономической экспертизы по случаям, предусмотренным настоящим подпунктом, не зависит от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи и может быть продлен на срок не более тридцати календарных дней при необходимости рассмотрения случая(ев) оказания медицинской помощи в рамках внеплановой экспертизы качества медицинской помощи.

3) подпункте 6 пункта 23 настоящего Порядка – с рабочего дня, следующего за днем получения соответствующего поручения (запроса, требования);

4) подпункте 7 пункта 23 настоящего Порядка – по истечению 12 недель после проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения;

5) подпункте 8 пункта 23 настоящего Порядка – с рабочего дня, следующего за днем получения территориальным фондом сведений о смерти застрахованного лица.

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

1) при оказании медицинской помощи вне медицинской организации - 2%;

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

3) при оказании медицинской помощи в дневном стационаре - 6%;

4) при оказании медицинской помощи стационарно - 6%.

При выявлении в медицинской организации нарушений при оказании медицинской помощи (дефектов) в соответствии с разделом II приложения 8 к настоящему Порядку в объеме менее пяти процентов от количества принятых на оплату случаев оказания медицинской помощи в отчетном месяце и (или) сумма неоплаты и (или) уменьшения оплаты указанной медицинской помощи составила менее трех процентов от суммы принятого к оплате счета, объем ежемесячных медико-экономических экспертиз по соответствующему условию оказания медицинской помощи сокращается на тридцать процентов.

26. В случае если количество поданных на оплату случаев оказания медицинской помощи по условиям оказания (амбулаторно, стационарно, в дневном стационаре, вне медицинской организации) в отчетном месяце увеличилось на десять процентов по сравнению с предыдущим месяцем и (или) аналогичным периодом предыдущего календарного года (за исключением условий чрезвычайной ситуации и (или) возникновения угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих), территориальный фонд поручает страховой медицинской организации проведение внеплановой экспертизы качества медицинской помощи в отношении совокупности случаев оказания медицинской помощи, отобранных по соответствующему тематическому признаку (например, нозологическая форма, медицинская помощь, оказанная сверх объемов и(или) и финансового обеспечения, распределенных медицинской организации комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования) в медицинской организации.

27. По итогам плановой или внеплановой медико-экономической экспертизы специалистом-экспертом составляется заключение о результатах медико-экономической экспертизы в двух экземплярах по форме согласно к настоящему Порядку[[9]](#footnote-9), один из которых передается в медицинскую организацию, другой - остается в страховой медицинской организации/территориальном фонде/Федеральном фонде обязательного медицинского страхования.

При выявлении отсутствия в медицинской документации предусмотренных подпунктом 6 пункта 21 настоящего Порядка сведений о рекомендациях медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров заключение о результатах медико-экономической экспертизы (приложение 2 к настоящему Порядку), дополнительно направляется в Министерство здравоохранения Российской Федерации для принятия мер по достижению цели федерального проекта «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий» национального проекта «Здравоохранение» в течение суток со дня выявления отсутствия в медицинской документации сведений о рекомендациях.

28. В случае выявления по результатам медико-экономической экспертизы нарушений при оказании медицинской помощи (дефектов), отнесенных к кодам 1.2, 2.5.1, 2.11 и 2.12 (при условии возврата медицинской организацией средств, затраченных застрахованным лицом на оплату медицинской помощи), 2.13 (при условии отсутствия негативного влияния на здоровье застрахованного лица и необходимости проведения ему диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств) перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), установленных разделом II [приложения 8](#P1545) к настоящему Порядку, в заключении о результатах медико-экономической экспертизы устанавливается срок устранения медицинской организацией указанного нарушения, в течение которого к медицинской организации финансовые санкции не применяются.

Срок устранения нарушений при оказании медицинской помощи (дефектов) исчисляется с даты поступления в медицинскую организацию заключения о результатах медико-экономической экспертизы.

Медицинская организация уведомляет Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (территориальный фонд, страховую медицинскую организацию) об устранении нарушений (дефектов), подлежащих устранению в соответствии с заключением о результатах медико-экономической экспертизы в течение одного рабочего дня со дня устранения таких нарушений.

При непоступлении в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (территориальный фонд, страховую медицинскую организацию) уведомления медицинской организации об устранении нарушений (дефектов) в срок, установленный в заключении о результатах медико-экономической экспертизы, к указанной медицинской организации применяются меры, предусмотренные подпунктом 1 пункта 29 настоящего Порядка.

29. Результаты медико-экономической экспертизы, оформленные заключением о результатах медико-экономической экспертизы, являются основанием для:

1) применения к медицинской организации мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», условиями договора по обязательному медицинскому страхованию, договоров в рамках базовой программе и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), установленных разделом II [приложения 8](#P1545) к настоящему Порядку, в том числе в случаях не устранения в установленный заключением о результатах медико-экономической экспертизы срок медицинской организацией нарушений (дефектов), предусмотренных абзацем 1 пункта 28 настоящего Порядка;

2) проведения внеплановой экспертизы качества медицинской помощи.

V. Экспертиза качества медицинской помощи

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

31. Экспертиза качества медицинской помощи проводится путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору по обязательному медицинскому страхованию, договору в рамках базовой программы, порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям, стандартам медицинской помощи.

32. Экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи ([пункт 109](#P443) настоящего Порядка), включенным в единый реестр экспертов качества медицинской помощи, по поручению Федерального фонда обязательного медицинского страхования, территориального фонда или страховой медицинской организации[[10]](#footnote-10).

33. Экспертиза качества медицинской помощи проводится несколькими экспертами качества медицинской помощи разных специальностей, в случаях, предусмотренных [пунктами 40](#P168) и [43](#P216) настоящего Порядка (далее в целях настоящего Порядка - мультидисциплинарная экспертиза качества медицинской помощи).

34. Экспертиза качества медицинской помощи осуществляется в форме:

1) плановой экспертизы качества медицинской помощи;

2) внеплановой экспертизы качества медицинской помощи.

35. Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится в каждой медицинской организации не реже 1 раза в год.

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

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

2) при оказании медицинской помощи амбулаторно - 0,3%;

3) при оказании медицинской помощи стационарно - 4%;

4) при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара - 2%.

В объем плановых экспертиз качества медицинской помощи включаются принятые к оплате случаи оказания медицинской помощи, отобранные методом случайной выборки.

37. Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится в течение тридцати календарных дней в сроки, установленные планами проведения экспертизы качества медицинской помощи на соответствующий календарный год, разработанными и утвержденными Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, территориальными фондами и страховыми медицинскими организациями.

38. Внеплановая экспертиза качества медицинской помощи проводится в виде целевой и тематической экспертизы качества медицинской помощи.

39. Внеплановая целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится во всех случаях:

1) получения жалобы от застрахованного лица или его представителя на доступность (в случаях, предусмотренных подпунктом 2 пункта 23 настоящего Порядка) и качество медицинской помощи в медицинской организации;

2) летальных исходов, за исключением случаев летального исхода вне медицинской организации до приезда бригады скорой медицинской помощи;

3) отобранных по результатам медико-экономической экспертизы, в том числе при выявлении нарушений при оказании медицинской помощи по профилю «онкология»;

4) выявления случаев изменения схемы лекарственной противоопухолевой терапии;

5) отсутствия факта, подтверждающего беременность (по результатам внеплановой медико-экономической экспертизы) или роды по истечению 43 недель после проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения (с учетом данных информационного ресурса территориального фонда, сформированных в соответствии с пунктом 9 настоящего Порядка);

6) повторного обоснованного обращения по поводу одного и того же заболевания: в течение четырнадцати дней - при оказании медицинской помощи амбулаторно (за исключением случаев по обращениям в связи с выпиской лекарственных препаратов группам населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей бесплатно и с 50-процентной скидкой, наблюдения беременных женщин, посещений, связанных с выдачей справок и иных медицинских документов); в течение тридцати дней при оказании медицинской помощи в круглосуточном стационаре (за исключением экстренной стоматологической помощи);

7) поручения Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в том числе в соответствии с запросом Министерства здравоохранения Российской Федерации, органа государственного контроля (надзора), а также в соответствии с поручениями Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации и на основании требования прокурора о проведении внеплановой проверки в рамках надзора за исполнением законов по поступившим в органы прокуратуры материалам и обращениям;

8) медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью, при получении сведений от медицинской организации (органов дознания, органов прокурорского надзора, судебных органов).

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

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

2) летальных исходов при:

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

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

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

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

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

3) оказания застрахованному лицу медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий, начиная с даты установления диагноза «Женское бесплодие» (N 97) и (или) «Мужское бесплодие» (N 46) и до даты рождения ребенка на всех уровнях и этапах оказания медицинской помощи при отсутствии факта, подтверждающего беременность (по результатам внеплановой медико-экономической экспертизы) или роды по истечению 43 недель после проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения (с учетом данных информационного ресурса территориального фонда, сформированных в соответствии с пунктом 9 настоящего Порядка);

4) оказания медицинской помощи застрахованным лицам с новой коронавирусной инфекции COVID-19 на всех уровнях и этапах оказания медицинской помощи с летальным исходом (U 07.1, U 07.2), в том числе имеющих сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, сочетанная с сахарным диабетом, онкологическими или онкогематологическими заболеваниями, хронической обструктивной болезнью легких, острым нарушением мозгового кровообращения, острым коронарным синдромом, а также сопровождающаяся фибрилляцией предсердий, хроническими болезнями почек, ожирением, венозной недостаточностью, после сложных хирургических вмешательств);

5) оказания медицинской помощи в экстренной форме в период прохождения застрахованным лицом лечения в федеральной медицинской организации;

6) перевода застрахованного лица между федеральными медицинскими организациями при выявлении заболеваний иного профиля, не позволяющих оказать плановую медицинскую помощь.

По случаю летального исхода застрахованного лица вне медицинской организации, по которому в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (далее - амбулаторная медицинская карта)[[11]](#footnote-11) на имя умершего застрахованного лица, представленной медицинской организацией специалисту-эксперту, отсутствует протокол патологоанатомического вскрытия трупа умершего застрахованного лица, мультидисциплинарная внеплановая целевая экспертиза качества медицинской помощи не проводится.

41. Внеплановая тематическая экспертиза качества медицинской помощи проводится для оценки характера, частоты и причин нарушений при оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, в том числе с целью оценки полноты выполнения медицинскими организациями рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении телемедицинских консультаций/консилиумов, и с учетом стандартов медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в сроки, установленные указанными программами, в том числе приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, создавших риск прогрессирования имеющегося заболевания, создавших риск возникновения нового заболевания, приведших к инвалидизации, к летальному исходу, а также к неэффективному использованию ресурсов медицинской организации, неудовлетворенности медицинской помощью застрахованных лиц.

42. Внеплановая тематическая экспертиза качества медицинской помощи проводится по тематически однородной совокупности принятых к оплате случаев оказания медицинской помощи группам застрахованных лиц, распределенных по признакам:

1) возраст;

2) пол;

3) заболевание (группы заболеваний);

4) вид (форма, условие) оказания медицинской помощи;

5) подлежащий(ие) применению порядки оказания медицинской помощи (клинические рекомендации, стандарты медицинской помощи);

6) наличие в первичной медицинской документации и(или) на информационном ресурсе территориального фонда сведений о рекомендациях медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении телемедицинских консультаций/консилиумов;

7) показатели деятельности медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций): частота летальных исходов, частота послеоперационных осложнений, частота непрофильных госпитализаций (за исключением госпитализаций на койки терапевтического и хирургического профилей), средней продолжительности лечения, укороченных или удлиненных сроков лечения, стоимости медицинских услуг;

8) наличие нарушений, выявленных при проведении медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи.

При проведении внеплановой тематической экспертизы качества медицинской помощи отбор случаев может осуществляться по нескольким признакам, указанным в настоящем пункте.

43. Мультидисциплинарная внеплановая тематическая экспертиза качества медицинской помощи проводится в случаях:

1) оказания медицинской помощи при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности населения на территории субъекта Российской Федерации, в том числе при болезнях системы кровообращения, онкологических заболеваниях[[12]](#footnote-12);

2) оказания медицинской помощи при новой коронавирусной инфекции COVID-19 (U 07.1, U 07.2), в том числе имеющих сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, сочетанная с сахарным диабетом, онкологическими или онкогематологическими заболеваниями, хронической обструктивной болезнью легких, острым нарушением мозгового кровообращения, острым коронарным синдромом, а также сопровождающаяся фибрилляцией предсердий, хроническими болезнями почек, ожирением, венозной недостаточностью, после сложных хирургических вмешательств), за исключением случаев с летальным исходом;

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

4) оказания застрахованному лицу медицинской помощи в период госпитализации в федеральной медицинской организации при наличии у него тяжелой сопутствующей патологии, требующей оказания медицинской помощи в период указанной госпитализации;

5) возникновения при оказании застрахованному лицу в федеральной медицинской организации нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания;

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

44. Объем внеплановых тематических экспертиз качества медицинской помощи составляет от числа принятых к оплате случаев оказания медицинской помощи не менее:

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

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

3) при оказании медицинской помощи стационарно - 5%;

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

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

46. Внеплановые тематические экспертизы качества медицинской помощи проводятся ежемесячно в объеме, установленном пунктом 44 настоящего Порядка, в медицинских организациях, в которых по результатам медико-экономического контроля и(или) медико-экономической экспертизы выявлено:

1) доля объемов медицинской помощи по заболеваниям, являющимся основными причинами смертности населения субъекта Российской Федерации (за исключением внешних причин) по данным официального статистического учета на 1 января года, предшествующего году проведения плановой экспертизы качества медицинской помощи, составляют 90 и более процентов от объемов медицинской помощи по принятым к оплате счетам за девять месяцев года;

2) превышение значения доли поданных на оплату случаев оказания медицинской помощи с летальным исходом к общему числу поданных на оплату случаев оказания медицинской помощи в отчетном месяце в сравнении с аналогичным показателем по всем медицинским организациям более чем на 7%;

3) превышение значения доли поданных на оплату случаев оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара с непрофильной госпитализацией к общему числу поданных на оплату случаев оказания медицинской помощи в отчетном месяце в медицинской организации в сравнении с аналогичным показателем по всем медицинским организациям более чем на 7%;

4) превышения значения доли поданных на оплату случаев оказания медицинской помощи с повторным обращением по поводу одного и того же заболевания к общему числу поданных на оплату случаев оказания медицинской помощи в отчетном месяце в медицинской организации в сравнении с аналогичным показателем по всем медицинским организациям более чем на 5%;

5) превышение значения доли поданных на оплату случаев оказания медицинской помощи с впервые выявленным онкологическим заболеванием III – IV стадии к общему числу поданных на оплату случаев оказания медицинской помощи по профилю «онкология» в отчетном месяце в медицинской организации в сравнении с аналогичным показателем по всем медицинским организациям более чем на 5%;

6) превышение значения доли численности застрахованных лиц, не прошедших диспансерное наблюдение, от общей численности застрахованных лиц, включенных в группы диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований, более чем на 10%;

7) превышение значения доли обоснованных жалоб застрахованных лиц или их представителей на доступность и качество медицинской помощи в медицинской организации от общего числа рассмотренных жалоб более чем на 7%;

8) превышение значения доли выявленных в медицинской организации по результатам медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи нарушений при оказании медицинской помощи (дефектов) от общего числа принятых к оплате случаев оказания медицинской помощи более чем на 10% в отчетном месяце в сравнении с аналогичным показателем по всем медицинским организациям.

47. Внеплановая экспертиза качества медицинской помощи проводится в течение месяца с рабочего дня, следующего за днем оформления заключения о результатах медико-экономического контроля ([приложение 1](#P482) к настоящему Порядку), за исключением тематических экспертиз качества медицинской помощи с применением мультидисциплинарного подхода, которые проводятся в течение трех месяцев со дня, следующего за днем оформления заключения о результатах медико-экономического контроля ([приложение 1](#P482) к настоящему Порядку), а также случаев, установленных законодательством Российской Федерации, и случаев, указанных в подпунктах 1, 2 (при получении в период проведения экспертизы результатов патологоанатомического вскрытия), 3, 5 и 7 пункта 39, подпункте 1 и 2 (при получении в период проведения экспертизы результатов патологоанатомического вскрытия) пункта 40, подпункта 8 пункта 42 и подпункта 3 и 6 пункта 43 настоящего Порядка, для которых сроки проведения внеплановой экспертизы качества медицинской помощи в случаях, предусмотренных:

1) [подпунктом 1 пункта 39](#P161) и подпунктом 1 пункта 40 настоящего Порядка, исчисляются со дня регистрации обращения застрахованного лица, независимо от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи, и могут быть продлены на срок не более тридцати календарных дней;

2) [подпунктом 2 пункта 39](#P162) и подпунктом 2 пункта 40 настоящего Порядка, исчисляются со дня получения в период проведения внеплановой целевой экспертизы качества медицинской помощи результатов патологоанатомического вскрытия (при его проведении) и(или) информации о посмертном заключительном рубрифицированном диагнозе умершего застрахованного лица;

3) подпунктами 3 и 5 пункта 39, подпунктом 8 пункта 42, подпунктами 3 и 6 пункта 43 настоящего Порядка, не превышают шести месяцев с рабочего дня, следующего за днем оформления заключения о результатах медико-экономической экспертизы ([приложения 2](#P592) к настоящему Порядку) и(или) экспертизы качества медицинской помощи (приложение 3 к настоящему Порядку);

4) подпунктом 7 пункта 39 настоящего Порядка, исчисляются со дня со дня получения соответствующего поручения.

48. Сроки проведения внеплановой целевой мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи могут быть продлены до сорока пяти рабочих дней.

49. Сроки проведения экспертизы качества медицинской помощи включают запрос материалов, необходимых для ее проведения, и их анализ, отбор эксперта качества медицинской помощи,.

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

51. По итогам экспертизы качества медицинской помощи составляется заключение о результатах экспертизы качества медицинской помощи по форме согласно приложению 3 к настоящему Порядку в двух экземплярах, один из которых передается в медицинскую организацию, другой - остается в страховой медицинской организации/территориальном фонде/Федеральном фонде обязательного медицинского страхования[[13]](#footnote-13).

Заключение о результатах экспертизы качества медицинской помощи составляется на основании приложения к указанному заключению, оформленного экспертом качества медицинской помощи, осуществлявшим проведение экспертизы качества медицинской помощи.

При выявлении случаев невыполнения (неполного выполнения) медицинской организацией рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении указанными центрами консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий, при отсутствии в медицинской документации обоснования неприменения указанных рекомендаций (при наличии медицинских показаний) заключение о результатах экспертизы качества медицинской помощи, оформленное по форме согласно [приложению 3](#P718) к настоящему Порядку, дополнительно направляется в Министерство здравоохранения Российской Федерации для принятия мер по достижению цели федерального проекта «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий» национального проекта «Здравоохранение», в течение суток со дня оформления указанного заключения.

При выявлении на основе сведений информационного ресурса территориального фонда за истекшие сутки случая непрофильной госпитализации застрахованного лица при оказании ему медицинской помощи в плановой форме заключение о результатах экспертизы качества медицинской помощи (приложение 3 к настоящему Порядку), дополнительно направляется руководителю медицинской организации, выдавшей направление на плановую госпитализацию и в орган государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья для принятия мер по обеспечению профильной госпитализации в течение суток со дня выявления случая непрофильной госпитализации.

52. В соответствии с частями 9 и 10 статьи 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» результаты экспертизы качества медицинской помощи, оформленные заключением о результатах экспертизы качества медицинской помощи, являются основанием для применения к медицинской организации мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», условиями договора по обязательному медицинскому страхованию, договоров в рамках базовой программы и разделом III перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) ([приложение 8](#P1545) к настоящему Порядку).

В случае выявления по результатам экспертизы качества медицинской помощи нарушений при оказании медицинской помощи (дефектов), отнесенных к коду 3.2.7 перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), установленных разделом III [приложения 8](#P1545) к настоящему Порядку, в заключении о результатах экспертизы качества медицинской помощи устанавливается срок устранения медицинской организацией указанного нарушения, в течение которого к медицинской организации финансовые санкции не применяются.

Срок устранения нарушений при оказании медицинской помощи (дефектов) исчисляется с даты поступления в медицинскую организацию заключения о результатах медико-экономической экспертизы.

Медицинская организация уведомляет Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (территориальный фонд, страховую медицинскую организацию) об устранении нарушений (дефектов), подлежащих устранению в соответствии с заключением о результатах медико-экономической экспертизы в течение одного рабочего дня со дня устранения таких нарушений.

При непоступлении в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (территориальный фонд, страховую медицинскую организацию) уведомления медицинской организации об устранении нарушений (дефектов) в срок, установленный абзацем вторым настоящего пункта, к указанной медицинской организации применяются меры, предусмотренные абзацем первым настоящего пункта.

53. Страховые медицинские организации на основании заключений о результатах экспертизы качества медицинской помощи готовят и ежемесячно направляют в территориальный фонд аналитические материалы и предложения по улучшению доступности и качества медицинской помощи с приложением планов мероприятий по устранению нарушений при оказании медицинской помощи, выявленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи, представленных медицинскими организациями, территориальный фонд направляет в Федеральный фонд указанные аналитические материалы и предложения ежеквартально Федеральный фонд обязательного медицинского страхования на основании заключений о результатах экспертизы качества медицинской помощи готовит и направляет в Министерство здравоохранения Российской Федерации предложения по улучшению доступности и качества медицинской помощи с приложением планов мероприятий по устранению нарушений при оказании медицинской помощи, выявленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи, представленных медицинскими организациями.

VI. Порядок осуществления территориальным фондом контроля

за деятельностью страховых медицинских организаций

54. Территориальный фонд на основании части 11 статьи 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» осуществляет контроль за деятельностью страховых медицинских организаций путем организации контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, проводит медико-экономическую экспертизу, экспертизу качества медицинской помощи, в том числе повторно.

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

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

57. Задачами реэкспертизы являются:

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

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

58. Реэкспертиза проводится в случаях:

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

2) выявления нарушений при организации страховой медицинской организацией контроля;

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

4) поступления претензии от медицинской организации, не урегулированной со страховой медицинской организацией (пунктом 93 настоящего Порядка);

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

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

1) основание проведения реэкспертизы;

2) тему реэкспертизы;

3) сроки проведения реэкспертизы;

4) проверяемый в рамках реэкспертизы период;

5) перечень документов, необходимых для проведения реэкспертизы.

60. В течение пяти рабочих дней после уведомления, предусмотренного [пунктом 59](#P255) настоящего Порядка, территориальному фонду представляются:

1) страховой медицинской организацией - необходимые для проведения реэкспертизы копии заключений о результатах медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи;

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

61. Количество страховых случаев, подвергаемых реэкспертизе, составляет:

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

2% - при оказании медицинской помощи вне медицинской организации;

0,5% - при оказании медицинской помощи амбулаторно;

6% - при оказании медицинской помощи стационарно;

6% - при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара;

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

1% - при оказании медицинской помощи вне медицинской организации;

0,3% - при оказании медицинской помощи амбулаторно;

4% - при оказании медицинской помощи стационарно;

2% - при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара.

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

62. Территориальный фонд направляет результаты проведения реэкспертизы, оформленные независимо от основания ее проведения заключением о результатах повторной медико-экономической экспертизы (заключением о результатах повторной экспертизы качества медицинской помощи) с приложением, являющемся неотъемлемой частью заключения ([приложение 4](#P972) к настоящему Порядку) в страховую медицинскую организацию и медицинскую организацию в срок не позднее двадцати рабочих дней после окончания проверки.

При этом общий срок от даты получения необходимой документации согласно [пункту 59](#P261) настоящего Порядка до направления заключения о результатах повторной медико-экономической экспертизы (заключения о результатах повторной экспертизы качества медицинской помощи) страховым медицинским организациям и медицинским организациям не может превышать сорока рабочих дней.

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

63. Страховая медицинская организация и медицинская организация в случае отсутствия согласия с результатами проведенной реэкспертизы направляют в территориальный фонд подписанное заключение с протоколом разногласий не позднее десяти рабочих дней с даты получения заключения.

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

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

66. Перечень санкций, применяемых территориальным фондом к страховой медицинской организации, за нарушения договорных обязательств устанавливается договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключаемым между территориальным фондом и страховой медицинской организацией[[14]](#footnote-14).

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

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

1) наименование комиссии территориального фонда;

2) дату (период) проверки страховой медицинской организации;

3) состав комиссии территориального фонда;

4) основание для проведения контроля;

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

6) ответственность страховой медицинской организации за выявленные нарушения;

7) приложения (копии заключений о результатах повторной медико-экономической экспертизы/повторной экспертизы качества медицинской помощи).

Претензия подписывается директором территориального фонда.

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

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

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

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

VII. Взаимодействие субъектов контроля

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VIII. Учет и использование результатов контроля

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

Страховая медицинская организация, территориальный фонд и Федеральный фонд обязательного медицинского страхования ведут учет заключений по результатам контроля.

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

Учетными документами являются реестры заключений по результатам медико-экономического контроля ([приложение 5](#P1227) к настоящему Порядку), реестры заключений по результатам медико-экономической экспертизы ([приложение 6](#P1458) к настоящему Порядку) и заключений по результатам экспертизы качества медицинской помощи.

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

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

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

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

Медицинская организация уведомляет территориальный фонд в случае непредставления страховой медицинской организацией заключения в срок, установленный пунктом [77](#P318) настоящего Порядка.

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

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

При несогласии медицинской организации с заключением подписанное заключение возвращается в страховую медицинскую организацию с протоколом разногласий в течение пятнадцати рабочих дней после получения заключений экспертиз.

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

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

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

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

В случае ненаправления медицинской организацией протокола разногласий в срок, установленный [абзацем 3](#P329) настоящего пункта, медицинская организация вправе оспорить результаты контроля исключительно в судебном порядке.

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

81. При выявлении по результатам контроля, проведенного при поступлении жалобы от застрахованного лица или его законного представителя, нарушений при оказании медицинской помощи застрахованному лицу, приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавших риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавших риск возникновения нового заболевания, приведших к инвалидизации, к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях), а также в случаях отказа в оказании медицинской помощи, неправомерного взимания денежных средств за медицинскую помощь в рамках программ обязательного медицинского страхования, при наличии согласия застрахованного лица или его законного представителя:

1) территориальный фонд предъявляет в интересах застрахованного лица требования к медицинской организации, в том числе в судебном порядке, связанные с защитой его прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования, а также предъявляет претензии и (или) иски к медицинской организации о возмещении имущественного или морального вреда, причиненного застрахованному лицу;

2) страховая медицинская организация, Федеральный фонд осуществляют содействие застрахованному лицу или его законному представителю в предъявлении претензий к медицинским организациям.

IX. Порядок информирования застрахованных лиц

о выявленных нарушениях в предоставлении медицинской помощи

по программам обязательного

медицинского страхования

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

83. При поступлении в страховую медицинскую организацию, территориальный фонд или Федеральный 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.

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

X. Порядок применения санкций к медицинской организации

за нарушения, выявленные в ходе контроля

85. На основании части 1 статьи 41 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, удерживается в размерах, установленных методикой исчисления размеров неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором по обязательному медицинскому страхованию, перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшения оплаты медицинской помощи ([приложение 8](#P1545) к настоящему Порядку).

86. Результатом контроля в соответствии с договором по обязательному медицинскому страхованию, договором в рамках базовой программы и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) являются:

1) неоплата или уменьшение оплаты медицинской помощи в виде:

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

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

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

3) возврат сумм, не подлежащих оплате, в страховую медицинскую организацию, территориальный фонд в соответствии с договором по обязательному медицинскому страхованию, в Федеральный фонд в соответствии с договором в рамках базовой программы;

4) однократное повторное выставление медицинской организацией ранее отклоненной от оплаты позиции реестра счета в случаях, предусмотренных пунктом 16 настоящего Порядка;

5) устранение медицинской организацией выявленных нарушений без применения к ней санкций в течение срока, установленного в заключении о результатах медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, в случаях, предусмотренных пунктом 28 и абзацем вторым пункта 52 настоящего Порядка;

6) устранение медицинской организацией нарушений, выявленных в рамках контроля, при последующем оказании медицинской помощи застрахованным лицам.

Нарушения, связанные с неоказанием, несвоевременным оказанием медицинской помощи или оказанием медицинской помощи ненадлежащего качества по договору в рамках базовой программы, выявленные Федеральным фондом обязательного медицинского страхования в медицинской организации, функции и полномочия учредителя в отношении которой осуществляет Правительство Российской Федерации или федеральной орган исполнительной власти, и включенной Федеральным фондом обязательного медицинского страхования в единый реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования:

нарушения и дефекты в оформлении медицинской документации;

нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц;

нарушения при оказании медицинской помощи с летальным исходом.

Нарушения при оказании медицинской помощи, выявленные в медицинской организации по договору по обязательному медицинскому страхованию:

1) нарушение условий оказания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке застрахованным лицам (выявляются страховыми медицинскими организациями в случае несоблюдения медицинскими организациями условий договора по обязательному медицинскому страхованию, порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций), в том числе сроков ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, включая сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов);

2) невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых или выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи или преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта, устанавливаемое при полном или частичном несоответствии оказанной застрахованному лицу медицинской помощи, в том числе не учитывающие состояние здоровья застрахованного лица;

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

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

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

При выявлении случаев госпитализации застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре, а также случаев непрофильной госпитализации (кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям) санкции применяются к медицинской организации, направившей застрахованного лица на госпитализацию в плановой форме в круглосуточный стационар, а также к медицинской организации, в которую застрахованное лицо госпитализировано.

В случае отсутствия уменьшения количества выявленных нарушений оказания медицинской помощи после проведенной экспертизы качества медицинской помощи в течение трех месяцев подряд, размер финансовых санкций ежемесячно увеличивается на десять процентов.

При повторном выявлении в медицинской организации нарушений при оказании медицинской помощи, связанных с несоблюдением стандарта оснащения медицинской организации (ее структурных подразделений), установленного порядком оказания медицинской помощи по соответствующему профилю, по одной и той же позиции указанного стандарта по истечению трех месяцев с рабочего дня, следующего за днем оформления заключения о результатах первично проведенной экспертизы качества медицинской помощи, размер штрафа, применяемого в соответствии с кодами 3.2.1 – 3.2.5 и 3.2.7 перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (приложение 8 к настоящему Порядку) к медицинской организации, удваивается.

87. Неоплата или уменьшение оплаты медицинской помощи и уплата медицинской организацией штрафов в соответствии с [пунктом 86](#P352) настоящего Порядка в зависимости от вида выявленных нарушений при оказании медицинской помощи, установленных для соответствующего вида контроля (медико-экономическая экспертиза, экспертиза качества медицинской помощи) могут применяться раздельно или одновременно с учетом результатов рассмотрения страховой медицинской организацией протокола разногласий, предусмотренного [пунктом 79](#P327) настоящего Порядка (при наличии), и рассмотрения территориальным фондом претензии медицинской организации, предусмотренной [пунктом 93](#P378) настоящего Порядка (при наличии).

В случае необходимости проведения экспертизы качества медицинской помощи случаев оказания медицинской помощи, отобранных по результатам медико-экономической экспертизы, финансовые санкции применяются по результатам проведенной экспертизы качества медицинской помощи, в том числе по основаниям, установленным разделом II перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (приложение 8 к настоящему Порядку).

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

89. Уплата медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в соответствии с перечнем оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи ([приложение 8](#P1545) к настоящему Порядку) осуществляется на основании решения страховой медицинской организации/территориального фонда/Федерального фонда обязательного медицинского страхования, содержащего:

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

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

3) предписывающую часть (код нарушения при оказании медицинской помощи в соответствии с [приложением 8](#P1545) к настоящему Порядку, размер и срок уплаты штрафа);

4) заключительную часть (информирование о возможности обжалования решения в соответствии с [разделом XI](#P380) настоящего Порядка, подпись руководителя (заместителя руководителя) организации, проводившей контроль).

Решение страховой медицинской организации/территориального фонда/Федерального фонда обязательного медицинского страхования об уплате медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества передается медицинской организации одновременно с заключением контроля.

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

91. 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[[15]](#footnote-15).

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

XI. Обжалование медицинской организацией заключения

страховой медицинской организации по результатам контроля

93. В соответствии со статьей 42 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» медицинская организация имеет право обжаловать заключение страховой медицинской организации по результатам контроля в течение пятнадцати рабочих дней со дня получения заключений страховой медицинской организации путем направления в территориальный фонд письменной претензии по форме, согласно [приложению 7](#P1500) к настоящему Порядку.

К претензии в обязательном порядке прилагаются:

1) обоснование претензии;

2) перечень вопросов по каждому оспариваемому случаю;

3) материалы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности по оспариваемому случаю.

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

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

94. Территориальный фонд в течение тридцати рабочих дней с даты поступления претензии рассматривает поступившие от медицинской организации документы и организует проведение повторных медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, которые в соответствии с частью 4 статьи 42 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» оформляются решением территориального фонда с представлением в соответствии с пунктом 62 настоящего Порядка заключения реэкспертизы и/или экспертного заключения.

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

95. Решение территориального фонда, признающее правоту медицинской организации, доведенное до страховой медицинской организации в сроки, установленные [пунктом](#P276) 62 настоящего Порядка, является основанием для отмены (изменения) решения о неоплате, неполной оплате медицинской помощи и/или об уплате медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам первичной медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи.

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

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

XII. Организация территориальным фондом контроля

при осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную

застрахованным лицам за пределами субъекта Российской

Федерации, на территории которого выдан полис

обязательного медицинского страхования

97. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи проводит в порядке, установленном разделом III настоящего Порядка, медико-экономический контроль предъявленного медицинской организацией счета и реестра счета и при отсутствии нарушений, предусмотренных разделом I перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (приложение 8 к настоящему Порядку), осуществляет в течение пятнадцати рабочих дней оплату оказанной медицинской помощи, за исключением случаев оказания медицинской помощи, отобранных на медико-экономическую экспертизу или экспертизу качества медицинской помощи (далее – причины, требующие дополнительного рассмотрения реестра).

Причинами, требующими дополнительного рассмотрения, являются:

1) госпитализация застрахованного лица в плановой форме на койки терапевтического или хирургического профилей при наличии направления лечащего врача;

2) выявление случаев повторных обращений по поводу одного и того же заболевания: в течение четырнадцати дней – при оказании медицинской помощи амбулаторно; в течение тридцати дней – при оказании медицинской помощи в плановой форме стационарно;

3) выявление случаев повторных обращений по поводу одного и того же заболевания в течение тридцати дней при оказании медицинской помощи стационарно (при наличии прерванных случаев госпитализации) при одновременном оказании застрахованным лицам в указанный период медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением экстренной стоматологической помощи);

4) оказание медицинской помощи в плановой форме при отсутствии в позиции реестра счета сведений о направлении лечащего врача, решения врачебной комиссии федеральной медицинской организации о наличии медицинских показаний для госпитализации.

В случаях наличия причин, требующих дополнительного рассмотрения, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи по результатам медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи, проведенной в соответствии с [разделами IV](#P78) - V настоящего Порядка.

98. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи в течение двух рабочих дней с даты оплаты счета медицинской организации с учетом результатов проведенного контроля направляет территориальному фонду по месту страхования счет для возмещения средств территориальному фонду по месту оказания медицинской помощи.

99. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи по случаям оказания медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, проводит:

1) медико-экономическую экспертизу – в порядке, установленном разделом IV настоящего Порядка;

2) внеплановую экспертизу качества медицинской помощи – в порядке, установленном разделом V настоящего Порядка.

100. При наличии несогласии территориального фонда по месту страхования с результатами медико-экономического контроля, проведенного территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи, территориальные фонды по месту страхования и месту оказания медицинской помощи выбирают кандидатуру специалиста-эксперта и/или эксперта качества медицинской помощи и территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи проводит соответствующую экспертизу.

В случае отсутствия согласованной кандидатуры специалиста-эксперта территориальный фонд по месту страхования в течение пяти рабочих дней назначает специалиста-эксперта и/или эксперта качества медицинской помощи для проведения территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи соответствующей экспертизы.

101. При несогласии территориального фонда по месту страхования с результатами медико-экономической экспертизы, в том числе в случаях, предусмотренных пунктом 100 настоящего Порядка, и/или экспертизы качества медицинской помощи, проведенной территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи, территориальные фонды по месту страхования проводит медико-экономическую экспертизу и(или) экспертизу качества медицинской помощи.

102. Результаты контроля по случаям оказания застрахованному лицу медицинской помощи за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, проведенные:

1) территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи направляются в территориальный фонд по месту страхования в течение трех рабочих дней после оформления заключения о соответствующем виде контроля;

2) территориальным фондом по месту страхования направляются в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи в течение трех рабочих дней после оформления заключения о медико-экономической экспертизе и(или) экспертизе качества медицинской помощи.

103. По результатам контроля в соответствии с частью 10 статьи 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» применяются меры, предусмотренные статьей 41 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и условиями договора по обязательному медицинскому страхованию.

XIII. Работники, осуществляющие медико-экономическую

экспертизу и экспертизу качества медицинской помощи

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

105. Основными задачами специалиста-эксперта являются:

1) контроль соответствия оказанной застрахованному лицу медицинской помощи условиям договора по обязательному медицинскому страхованию путем установления соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объемов предоставленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской и учетно-отчетной документации медицинской организации;

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

106. Основными функциями специалиста-эксперта являются:

1) выборочный контроль объемов медицинской помощи по страховым случаям путем сопоставления фактических данных об оказанных застрахованному лицу медицинских услугах в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5) проверяет наличие заключений по результатам экспертизы качества медицинской помощи, проведенной ранее по случаям оказания медицинской помощи, отобранным для проведения мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи;

6) запрашивает в медицинских организациях медицинскую документацию и учетно-отчетную документацию, материалы, связанные с оказанием медицинской помощи, подлежащей мультидисциплинарной экспертизе качества медицинской помощи, в том числе протоколы патологоанатомического вскрытия, заключения медико-социальной экспертизы, результаты внутреннего и ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, включая решения врачебной комиссии[[16]](#footnote-16) по результатам изучения случаев смерти застрахованного лица, (при наличии), заключения экспертизы качества медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования;

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

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

9) контролирует выполнение сроков мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи;

10) принимает участие в оформлении заключение экспертизы качества медицинской помощи, предусмотренного [приложением 3](#P718) к настоящему Порядку, и направляет его в территориальный фонд, медицинскую организацию;

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

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

108. При организации мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи по случаям летальных исходов вне медицинской организации специалист-эксперт в дополнение к функциям, предусмотренным [пунктом 107](#P423) настоящего Порядка:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1) использует материалы, предусмотренные [подпунктами 2 и 3 пункта 106,](#P429) подпунктами 1, 6 и 7 пункта 107 и пунктом 108 настоящего Порядка;

2) предоставляет по требованию должностных лиц медицинской организации, в которой проводится экспертиза качества медицинской помощи, сведения об используемых нормативных документах, в том числе о порядках оказания медицинской помощи, клинических рекомендациях, стандартах медицинской помощи;

3) соблюдает правила врачебной этики и деонтологии, сохраняет врачебную тайну и обеспечивает сохранность полученных медицинских документов и их своевременный возврат специалисту-эксперту, организовавшему экспертизу качества медицинской помощи, или в медицинскую организацию;

4) при проведении очной экспертизы качества медицинской помощи (пункт 50 настоящего Порядка) информирует лечащего врача и руководителя медицинской организации о предварительных результатах экспертизы качества медицинской помощи.

112. Основными функциями руководителя экспертной группы являются:

1) подготовка предложений по составу экспертной группы;

2) проведение экспертизы качества медицинской помощи по соответствующей специальности;

3) координация работы членов экспертной группы;

4) подготовка заключения по результатам экспертизы качества медицинской помощи, предусмотренного [приложением 3](#P718) к настоящему Порядку, обобщение выводов и рекомендаций членов экспертной группы, определение наиболее значимых нарушений при оказании медицинской помощи, повлиявших на исход оказания медицинской помощи;

5) установление задач эксперту качества медицинской помощи, являющемуся членом экспертной группы:

оценить соблюдение прав застрахованного лица на доступность и качество медицинской помощи;

оценить исполнение порядков оказания медицинской помощи по соответствующему профилю оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций по соответствующему заболеванию, стандартов медицинской помощи;

оценить влияние нарушений при оказании медицинской помощи на состояние здоровья застрахованного лица, удлинение сроков оказания медицинской помощи, создание риска прогрессирования имеющегося заболевания, возникновения нового заболевания, инвалидизацию, летальный исход;

иные задачи, позволяющие выявить нарушения при оказании медицинской помощи, в том числе оценить своевременность ее оказания, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степень достижения запланированного результата.

При составлении заключения по результатам экспертизы качества медицинской помощи руководитель экспертной группы вправе осуществлять обобщение фактов, содержащихся в заключениях экспертов качества медицинской помощи экспертной группы.

Руководитель экспертной группы не вправе единолично изменять результаты мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи, исключать из обобщения нарушения при оказании медицинской помощи, выявленные членами экспертной группы.

Приложение 1

к Порядку организации

и проведения контроля объемов,

сроков, качества и условий

предоставления медицинской

помощи по обязательному

медицинскому страхованию

застрахованным лицам,

а также ее финансового обеспечения

**заключение по результатам медико-экономического контроля[[17]](#footnote-17)**

Заголовочная часть:

Номер заключения, дата его составления.

Наименование страховой медицинской организации.

Наименование медицинской организации.

Номер реестра счетов, период, за который он предоставлен.

Содержательная часть:

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

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

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

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

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

Расшифровка выявленных нарушений при оказании медицинской помощи (в соответствии с разделом I [приложения 8](#P1545) к настоящему Порядку) с указанием заявленной суммы для оплаты (может представляться в табличном виде).

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

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

Итоговая сумма, принятая к оплате.

Заверительная часть:

Должность, подпись работника, проводившего медико-экономический контроль.

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

Должность, подпись руководителя медицинской организации, ознакомившегося с заключением.

Табличная форма заключения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата)

по результатам медико-экономического контроля

счета № \_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на оплату оказанной медицинской помощи

в медицинской организации:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование)

Перечень отклоненных позиций к оплате в счете

на оплату оказанной медицинской помощи (реестре счетов)

с разбивкой по:

- коду специалиста медицинской организации

- коду профиля отделения (для медицинской организации,

оказывающей стационарную помощь, - койки)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п в реестре | № полиса обязательного медицинского страхования | Код по МКБ-10 | Дата начала лечения | Дата окончания лечения | Код нарушения | Расшифровка кода нарушения | Сумма неоплаты (руб.) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по заключению на сумму |  |
| в т.ч. по коду: |  |
|  |  |

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

Итого по счету: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ расшифровка подписи

Руководитель страховой медицинской организации/директор территориального фонда

М.П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ расшифровка подписи

Должность, подпись руководителя медицинской организации, ознакомившегося с заключением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 2

к Порядку организации

и проведения контроля объемов,

сроков, качества и условий

предоставления медицинской

помощи по обязательному

медицинскому страхованию

застрахованным лицам, а также

ее финансового обеспечения

**Заключение по результатам медико-экономической экспертизы**

 № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

1. Дата проведения экспертизы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Фамилия, имя, отчество (при наличии) специалиста-эксперта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Наименование проверяющей организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Номер счета за медицинские услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. № полиса обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Номер медицинской документации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Пол застрахованного лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения застрахованного лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Окончательный (клинический) диагноз основного заболевания

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Диагноз сопутствующего заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Сроки оказания медицинской помощи с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Стоимость оказания медицинской помощи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

13. Длительность оказания медицинской помощи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14. Фамилия, имя, отчество (при наличии) лечащего врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

15. Дополнительно проверена следующая учетно-отчетная документация

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

16. Заключение об обоснованности объемов медицинских услуг, предоставленных

к оплате, и их соответствию записям в медицинской и учетно-отчетной

документации медицинской организации (с указанием краткого перечня

выявленных недостатков)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

17. Заключение о профильности госпитализации

Наименование медицинской организации, выдавшей направление на

госпитализацию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование медицинской организации, госпитализировавшей по

направлению в плановом порядке \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз при направлении на госпитализацию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Профиль отделения и/или медицинской организации, в которую выдано

направление \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата госпитализации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выводы о профильности госпитализации:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

18. Заключение о наличии в медицинской документации рекомендаций

медицинских работников, данных при проведении консультаций/консилиумов с

применением телемедицинских технологий

Наличие заключения медицинского работника, привлекаемого для проведения

консультации и (или) участия в консилиуме врачей с применением

телемедицинских технологий или протокола консилиума врачей: да, нет (нужное

подчеркнуть)

Цели консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:

- состояние здоровья пациента,

- уточнение диагноза,

- определение прогноза,

- определение тактики медицинского обследования и лечения,

- целесообразность перевода в специализированное отделение медицинской

организации либо медицинской эвакуации.

Дата проведения консультации/консилиума с применением телемедицинских

технологий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наличие факта отражения рекомендаций в медицинской документации, в том

числе в листе назначения: да, нет (нужное подчеркнуть).

19. ВЫВОДЫ:

Не подлежит оплате (сумма, код нарушения) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

штраф (сумма, код нарушения) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подлежит оплате \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

20 [[18]](#footnote-18) Проверяемый период с «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г. по «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.

Срок проведения экспертизы с «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г. по «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.

Дата счета: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | № полиса обязательного медицинского страхования | Вид, № медицинской документации | Даты обращений | Код МКБ | Оплачено за медицинские услуги | Примечания |
| начало | конец |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

ИТОГО:

Всего проверено случаев \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

21. Специалист-эксперт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)

Руководитель страховой медицинской организации/территориального фонда:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 М.П. подпись, Ф.И.О., дата подписания

Руководитель медицинской организации:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 М.П. подпись, Ф.И.О., дата подписания

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Приложение 3

к Порядку организации

и проведения контроля объемов,

сроков, качества и условий

предоставления медицинской

помощи по обязательному

медицинскому страхованию

застрахованным лицам, а также

ее финансового обеспечения

Заключение по результатам экспертизы качества медицинской помощи

№ \_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.

I. ОБЩАЯ ЧАСТЬ.

Экспертом качества медицинской помощи

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. эксперта) или идентификационный номер)

по поручению \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование направившей организации)

Поручение № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в связи с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

произведена экспертиза качества медицинской помощи с целью выявления

нарушений прав застрахованного лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

№ полиса обязательного медицинского страхования

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место оказания медицинской помощи

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации, отделения)

Ф.И.О. лечащего врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Медицинская документация № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

учетно-отчетная документация № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Период оказания медицинской помощи:

с «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г. по «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.

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

II. КРАТКОЕ ЭКСПЕРТНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

(подготовлено на основании экспертного заключения, являющегося неотъемлемой

частью настоящего заключения):

III. Заключение о выполнении медицинской организацией рекомендаций

медицинских работников, данных при проведении указанными центрами

консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:

Наличие заключения медицинского работника, привлекаемого для проведения

консультации и (или) участия в консилиуме врачей с применением

телемедицинских технологий или протокола консилиума врачей: да, нет (нужное

подчеркнуть)

Цели консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:

- состояние здоровья пациента,

- уточнение диагноза,

- определение прогноза,

- определение тактики медицинского обследования и лечения,

- целесообразность перевода в специализированное отделение медицинской

организации либо медицинской эвакуации.

Наличие в медицинской документации медицинских показаний, не позволяющих

применить рекомендацию(и): да, нет (нужное подчеркнуть).

Оценка полноты выполнения медицинскими организациями рекомендаций

медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров

по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации,

данных при проведении указанными центрами консультаций/консилиумов с

применением телемедицинских технологий[[19]](#footnote-19) : неисполнение, неполное

исполнение (нужное подчеркнуть)

Констатировано неисполнение следующих рекомендаций

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заключение эксперта качества медицинской помощи об обоснованности действий

лечащего врача

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IV. РЕЗУЛЬТАТЫ.

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

Выводы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рекомендации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сумма оплаты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

Код(ы) нарушения (нарушений): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Неоплата (неполная оплата) в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

Штраф в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

По итогам проверки проведен разбор данного случая с руководством

медицинской организации.

V. РЕКОМЕНДАЦИИ[[20]](#footnote-20)

Срок проведения экспертизы качества медицинской помощи:

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.

Проверено принятых к оплате страховых случаев:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | № полиса обязательного медицинского страхования | Вид, № медицинской документации | Даты обращений | Код МКБ | Оплачено за медицинские услуги | Примечания |
| начало | конец |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Всего проверено принятых к оплате страховых случаев: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выводы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рекомендации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VI. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ[[21]](#footnote-21)

Ф.И.О. руководителя экспертной группы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проверяемый период с \_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выявленные нарушения при оказании медицинской помощи (в соответствии с

Перечнем оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи -

[Приложение 8](#P1545) к Порядку контроля):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Медицинская организация/структурное подразделение | Вид, № медицинской документации | Код нарушения | Подлежит неоплате/уменьшению оплаты | Размер штрафа, руб. |
| % от стоимости | сумма, руб. |
|  |  |  |  |  |  |  |

Всего проверено страховых случаев: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

из них признано содержащими нарушения при оказании медицинской помощи:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выводы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рекомендации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководитель экспертной группы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Организатор экспертизы качества медицинской помощи с применением

мультидисциплинарного подхода: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VII. Эксперт качества медицинской помощи

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специалист-эксперт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководитель страховой медицинской организации/территориального фонда:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 М.П. подпись, Ф.И.О., дата подписания

Руководитель медицинской организации:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. подпись, Ф.И.О., дата подписания

Приложение

к заключению по результатам экспертизы

качества медицинской помощи

№ \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.

Экспертное заключение

(протокол оценки качества медицинской помощи)

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

Медицинская документация № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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 последствий нарушений в сборе информации:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

II. ДИАГНОЗ (формулировка, содержание, время постановки)

основной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

осложнение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

сопутствующий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обоснование негативных последствий нарушений в диагнозе:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

III. ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (в том числе назначение лекарственных

препаратов и (или) медицинских изделий)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обоснование негативных последствий нарушений в лечении:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IV. ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ (обоснованность поступления, длительности лечения,

перевод, содержание рекомендаций)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обоснование негативных последствий нарушений в преемственности лечения:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАКЛЮЧЕНИЕ эксперта качества медицинской помощи:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЕ ОШИБКИ, ПОВЛИЯВШИЕ НА ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Представитель медицинской организации:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Эксперт качества медицинской помощи:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись, Ф.И.О., дата подписания

 М.П.

Приложение 4

к Порядку организации

и проведения контроля объемов,

сроков, качества и условий

предоставления медицинской

помощи по обязательному

медицинскому страхованию

застрахованным лицам, а также

ее финансового обеспечения

Заключение по результатам

повторной медико-экономической экспертизы/экспертизы качества медицинской помощи

(нужное подчеркнуть)

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.

На основании приказа директора территориального фонда обязательного

медицинского страхования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (название)

от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Экспертами (специалист-эксперт/эксперт качества медицинской помощи - нужное

подчеркнуть): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность)

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

проведена повторная медико-экономическая экспертиза/экспертиза качества

медицинской помощи (нужное подчеркнуть) (далее - реэкспертиза),

проведенной страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование)

Адрес местонахождения страховой медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата проведения проверки «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.

Проверка проведена за период с «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г. по «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.

в медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наименование медицинской организации, город, район

Принято к оплате \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ счетов за оказанную медицинскую

помощь, из них:

вне медицинской организации - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

стационарно - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

в дневном стационаре - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

амбулаторно - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Страховой медицинской организацией проведена медико-экономическая

экспертиза/экспертиза качества медицинской помощи (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_ случаев (\_\_\_%):

из них: оказанной стационарно - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ случаев (\_\_\_%),

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

амбулаторно - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ случаев (\_\_\_%),

вне медицинской организации - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ случаев (\_\_\_%).

При этом страховой медицинской организацией выявлено \_\_\_\_\_\_\_ случаев (\_\_\_%)

нарушений при оказании медицинской помощи.

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

2. При реэкспертизе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ случаев (\_\_\_%), признанных

страховой медицинской организацией удовлетворительными,

экспертное заключение специалистов территориального фонда совпало с

экспертным заключением страховой медицинской организации в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

случаях (\_\_\_%), а именно:

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

2.1. По \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ случаям (\_\_\_%) специалистами территориального

фонда выявлены нарушения, допущенные

медицинской организацией, но не выявленные страховой медицинской

организацией.

Описание конкретного случая выявленного нарушения включает:

- № п/п, № полиса обязательного медицинского страхования, период оказания

медицинской помощи, количество единиц объема медицинской помощи, тариф

случая оказания медицинской помощи, диагноз (основной, сопутствующий),

категория застрахованного лица (работающий, неработающий);

- нарушения при оказании медицинской помощи в соответствии с [приложением 8](#P1545)

к настоящему Порядку, допущенные медицинской организацией, но не выявленные

страховой медицинской организацией;

- экспертное заключение специалистов территориального фонда обязательного

медицинского страхования, являющееся неотъемлемой частью настоящего заключения,

формулируется согласно договору со страховой медицинской организацией с

указанием номера пункта перечня нарушений и сумм финансовых санкций,

наименования нарушений.

Сумма по счету \_\_\_\_\_\_ руб., сумма финансовых санкций \_\_\_\_\_\_\_ руб.

3. Проведена реэкспертиза \_\_\_\_\_\_ случаев с выявленными страховой

медицинской организацией нарушениями.

По \_\_\_\_\_\_ случаям (\_\_\_%) экспертное заключение страховой медицинской

организации, являющееся неотъемлемой частью настоящего заключения, совпало с

экспертным заключением специалистов территориального фонда:

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

3.1. По \_\_\_\_\_\_ случаям (\_\_\_%) специалистами территориального фонда

выявлены нарушения, допущенные

специалистами страховой медицинской организации при медико-экономической

экспертизе/экспертизе качества медицинской помощи (нужное подчеркнуть).

Описание конкретного случая выявленного нарушения включает:

- № п/п, № полиса обязательного медицинского страхования, период оказания

медицинской помощи, количество единиц объема медицинской помощи, тариф,

диагноз (основной, сопутствующий), категорию застрахованного лица

(работающий, неработающий);

- суть выявленного страховой медицинской организацией нарушения;

- экспертное заключение, принятое страховой медицинской организацией с

указанием суммы недоплаты;

- нарушение, допущенное страховой медицинской организацией при организации

и проведении медико-экономической экспертизы/экспертизы качества

медицинской помощи.

Экспертное заключение специалистов территориального фонда, являющееся неотъемлемой частью настоящего заключения,

формулируется согласно договору со страховой медицинской организацией с

указанием пункта(ов) и наименования(ий) нарушений и сумм применяемых

санкций.

Сумма по счету \_\_\_\_\_ руб.

Необоснованно удержанная страховой медицинской организацией с медицинской

организации в сумме \_\_\_\_ руб.

Сумма санкций \_\_\_ руб.

4. Выводы:

Экспертное заключение страховой медицинской организации и территориального

фонда совпало в \_\_\_\_\_\_ случаях

(\_\_\_%),

выявлено нарушений, допущенных страховой медицинской организацией в

организации и проведении медико-экономической экспертизы/экспертизы

качества медицинской помощи (нужное подчеркнуть) в \_\_\_\_\_\_\_\_ случаях (\_\_\_%),

в том числе по видам нарушений с указанием количества и сумм.

5. Предложения:

Подлежит восстановлению медицинской организации отдельным платежным

поручением необоснованно удержанная сумма в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

Подлежит перечислению за счет собственных средств страховой медицинской

организации на счет территориального фонда санкции в размере \_\_\_\_\_\_ руб.

Подлежит возврату медицинской организацией в доход бюджета территориального

фонда сумма в размере \_\_\_\_\_ руб.

Подпись специалистов, проводивших реэкспертизу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись

Директор территориального фонда

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись

С заключением ознакомлены:

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

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись

 М.П.

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

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись

 М.П.

Приложение

к заключению по результатам

повторной медико-экономической

экспертизы/экспертизы качества

медицинской помощи

№ \_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_ г.

Экспертное заключение

(протокол оценки качества медицинской помощи)

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

Медицинская документация № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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 последствий нарушений в сборе информации:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

II. ДИАГНОЗ (формулировка, содержание, время постановки)

основной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

осложнение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

сопутствующий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обоснование негативных последствий нарушений в диагнозе:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

III. ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (в том числе назначение лекарственных

препаратов и (или) медицинских изделий)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обоснование негативных последствий нарушений в лечении:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IV. ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ (обоснованность поступления, длительности лечения,

перевод, содержание рекомендаций)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обоснование негативных последствий нарушений в преемственности лечения:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАКЛЮЧЕНИЕ эксперта качества медицинской помощи:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЕ ОШИБКИ, ПОВЛИЯВШИЕ НА ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Представитель медицинской организации:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Эксперт качества медицинской помощи:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись, Ф.И.О., дата подписания

 М.П.

Приложение 5

к Порядку организации

и проведения контроля объемов,

сроков, качества и условий

предоставления медицинской

помощи по обязательному

медицинскому страхованию

застрахованным лицам, а также

ее финансового обеспечения

Рекомендуемый образец

 Реестр заключений по результатам медико-экономического контроля

 № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

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

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

Наименование и код страховой медицинской организации (территориального

фонда), получившего счета от медицинской организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Название и код территории местонахождения страховой медицинской

организации (территориального фонда)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование, местонахождение и код медицинской организации, предоставившей

Счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На анализ предоставлены реестры счетов (счета) за медицинские услуги,

оказанные застрахованным лицам.

Всего предоставлено счетов на сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

Предоставленные для медико-экономического контроля счета включают:

За медицинскую помощь, оказанную стационарно:

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

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

За медицинскую помощь, оказанную в дневном стационаре:

 счетов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ реестров счетов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

За медицинскую помощь, оказанную амбулаторно:

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

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

За медицинскую помощь, оказанную вне медицинской организации:

 счетов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ реестров счетов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. Согласовано к оплате всего:

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

реестров счетов на сумму: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.,

в том числе:

за медицинскую помощь, оказанную стационарно

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

за медицинскую помощь в дневном стационаре

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

за медицинскую помощь, оказанную амбулаторно

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

за медицинскую помощь, оказанную вне медицинской организации

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

2. Не согласовано к оплате реестров счетов на сумму: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

в том числе:

за медицинскую помощь, оказанную стационарно

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

за медицинскую помощь в дневном стационаре

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

за медицинскую помощь, оказанную амбулаторно

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

за медицинскую помощь, оказанную вне медицинской организации

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

за превышение согласованных объемов медицинской помощи на сумму:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

2.1. Не подлежит оплате \_\_\_\_\_\_\_ счетов на сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

2.1.1. за стационарную медицинскую помощь на сумму: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ счетов

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код структурного подразделения | Код отделения или профиля коек (для стационарной медицинской помощи) | № индивидуального счета | Период (месяц) | № полиса обязательного медицинского страхования | Код территории страхования | Код причины отказа в оплате | Сумма, подлежащая отказу в оплате | Код финансовых санкций | Сумма финансовых санкций | Примечания |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

2.1.2. за медицинскую помощь в дневном стационаре на сумму: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ счетов

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код структурного подразделения | Код отделения или профиля коек (для стационарной медицинской помощи) | № индивидуального счета | Период (месяц) | № полиса обязательного медицинского страхования | Код территории страхования | Код причины отказа в оплате | Сумма, подлежащая отказу в оплате | Код финансовых санкций | Сумма финансовых санкций | Примечания |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

2.1.3. за амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь на сумму:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ счетов

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код структурного подразделения | Код отделения или профиля коек (для стационарной медицинской помощи) | № индивидуального счета | Период (месяц) | № полиса обязательного медицинского страхования | Код территории страхования | Код причины отказа в оплате | Сумма, подлежащая отказу в оплате | Код финансовых санкций | Сумма финансовых санкций | Примечания |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

2.2. Не принято к оплате в связи с превышением установленных комиссией по

разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования

объемов медицинской помощи на общую сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.,

в том числе:

за медицинскую помощь, оказанную стационарно

на сумму: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

за медицинскую помощь в дневном стационаре

на сумму: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

за медицинскую помощь, оказанную амбулаторно

на сумму: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

за медицинскую помощь, оказанную вне медицинской организации

на сумму:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Подразделения МО | Код отделения | Период, в котором произошло превышение согласованных объемов (квартал) | Величина превышения согласованных объемов медицинских услуг | Сумма, не подлежащая оплате в связи с превышением согласованных объемов | Сумма, не принятая к оплате в связи с превышением согласованных объемов | В т.ч.: до проведения повторного МЭК | Сумма, удерживаемая в текущем месяце | Сумма, подлежащая удержанию в последующий период |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Дата предоставления счетов страховой медицинской организации

(территориальному фонду) медицинской организацией «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.

Дата проверки счетов (реестров) «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.

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

Приложение 6

к Порядку организации

и проведения контроля объемов,

сроков, качества и условий

предоставления медицинской

помощи по обязательному

медицинскому страхованию

застрахованным лицам, а также

ее финансового обеспечения

Рекомендуемый образец

Реестр заключений по результатам медико-экономической экспертизы

№ \_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.

Медицинская организация \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сумма по счету \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Количество проверенной медицинской документации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Далее указываются все выявленные нарушения при оказании медицинской помощи

в соответствии с Перечнем оснований для отказа (уменьшения) оплаты

медицинской помощи ([приложение 8](#P1545) к настоящему Порядку) с указанием

конкретной суммы.

Всего не подлежит оплате сумма \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

Штраф в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

Всего подлежит оплате: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

Итого к оплате: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

Специалист-эксперт страховой медицинской организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.

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

М.П.

Приложение 7

к Порядку организации

и проведения контроля объемов,

сроков, качества и условий

предоставления медицинской

помощи по обязательному

медицинскому страхованию

застрахованным лицам, а также

ее финансового обеспечения

Форма

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование медицинской организации)

 Претензия

 В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (территориальный фонд)

Считаю необоснованной сумму взаиморасчета, определенную страховой

медицинской организацией \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование страховой медицинской организации)

согласно заключения (ий) медико-экономической экспертизы/экспертизы качества

медицинской помощи № \_\_ от 201\_ г. специалиста-эксперта/эксперта качества

медицинской помощи

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (Ф.И.О.)

по следующим причинам:

1. № полиса обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Сумма взаиморасчета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Обоснование несогласия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Итого считаю необоснованной сумму взаиморасчета по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

застрахованным(-ому) лицам(-у) на общую сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей.

Приложения:

1) Материалы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской

деятельности на \_\_\_ лист(е, -ах);

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

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

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

 (подпись, Ф.И.О.)

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.

М.П.

Приложение 8

к Порядку организации

и проведения контроля объемов,

сроков, качества и условий

предоставления медицинской

помощи по обязательному

медицинскому страхованию

застрахованным лицам, а также

ее финансового обеспечения

ПЕРЕЧЕНЬ

ОСНОВАНИЙ ДЛЯ ОТКАЗА В ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

(УМЕНЬШЕНИЯ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ)

| Код нару-шения/дефек-та | Перечень оснований |
| --- | --- |
| **Раздел 1. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономического контроля** |
| 1.1. | Нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения. |
| 1.2. | Невключение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения. |
| 1.3. | Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям, госпитализации на койки терапевтического и хирургического профилей. |
| 1.4. | Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе: |
| 1.4.1. | наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета; |
| 1.4.2. | сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов; |
| 1.4.3. | наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению, в том числе отсутствие указаний о включении в группу диспансерного наблюдения лица, которому установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение, отсутствие сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи по данным персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и (или) о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам; |
| 1.4.4. | некорректное заполнение полей реестра счетов; |
| 1.4.5. | заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку); |
| 1.4.6. | дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты; |
| 1.5. | Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации, в том числе: |
| 1.5.1. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией; |
| 1.5.2. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис обязательного медицинского страхования на территории другого субъекта Российской Федерации; |
| 1.5.3. | введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе и т.д.); |
| 1.5.4. | наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах; |
| 1.5.5. | включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по обязательному медицинскому страхованию на территории Российской Федерации |
| 1.6. | Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в программу обязательного медицинского страхования, в том числе: |
| 1.6.1. | включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в программу обязательного медицинского страхования; |
| 1.6.2. | предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования; |
| 1.6.3. | предъявление к оплате медицинской помощи сверх размера финансового обеспечения распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования; |
| 1.6.4. | включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования, в том числе тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования, медицинских услуг, оказываемой частными медицинскими организациями в рамках пилотного проекта по вовлечению частных медицинских организаций в оказание медико-социальных услуг лицам в возрасте 65 лет и старше, являющимся гражданами Российской Федерации, в том числе проживающим в сельской местности. |
| 1.7. | Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе: |
| 1.7.1. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении; |
| 1.7.2. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении. |
| 1.8. | Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности, в том числе: |
| 1.8.1. | включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации; |
| 1.8.2. | предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности; |
| 1.8.3. | 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. (на основании информации лицензирующих органов). |
| 1.9. | Включение в реестр счетов страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи. |
| 1.10. | Нарушения, связанные с повторным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе: |
| 1.10.1. | позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее); |
| 1.10.2. | дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре; |
| 1.10.3. | стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией; |
| 1.10.4. | стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию. |
| 1.10.5. | включение в реестр счетов медицинской помощи, оказанной амбулаторно, в период пребывания застрахованного лица в условиях круглосуточного стационара (кроме дня поступления и выписки из круглосуточного стационара, а также консультаций в других медицинских организациях при экстренных и неотложных состояниях); |
| 1.10.6. | включение в реестр счетов нескольких страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана застрахованному лицу стационарно в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения. |
| **Раздел 2. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономической экспертизы** |
| 2.1. | Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе: |
| 2.1.1. | на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, базовой программы обязательного медицинского страхования; |
| 2.1.2. | на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации; |
| 2.2. | Нарушение условий оказания скорой медицинской помощи, выразившееся в не соблюдении установленного программой обязательного медицинского страхования времени доезда бригады скорой медицинской помощи, приведшее к летальному исходу. |
| 2.3. | Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программой обязательного медицинского страхования, в том числе: |
| 2.3.1. | не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания; |
| 2.3.2. | повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания; |
| 2.4. | 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: |
| 2.4.1. | не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания; |
| 2.4.2. | повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке). |
| 2.5. | Не проведение диспансерного наблюдения застрахованного лица (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения), включенного в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований, в том числе: |
| 2.5.1. | не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания; |
| 2.5.2. | повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке). |
| 2.6. | 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, с учетом информации лицензирующих органов). |
| 2.7. | Необоснованное представление в реестрах счетов случаев оказания застрахованному лицу медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в период оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях (кроме дня (времени) поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях при экстренных и неотложных состояниях). |
| 2.8. | Представление в реестрах счетов прерванных повторных случаев госпитализации застрахованного лица по одному и тому же заболеванию в течение тридацати календарных дней при оказании медицинской помощи в указанный период в амбулаторных условиях (за исключением случаев, при которых стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией). |
| 2.9. | Необоснованное представление в реестрах счетов случаев оказания застрахованному лицу медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в период пребывания в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях при экстренных и неотложных состояниях). |
| 2.10. | Необоснованное представление в реестрах счетов нескольких случаев оказания застрахованному лицу медицинской помощи в условиях дневного стационара в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения. |
| 2.11. | Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную программой обязательного медицинского страхования. |
| 2.12. | Приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, в период оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов[[22]](#footnote-22), и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека[[23]](#footnote-23), на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, и/или использование медицинской организацией лекарственных препаратов, предоставленных пациентом или иной организацией, действующей в интересах пациента, из иных источников финансирования |
| 2.13. | Не соблюдение требований к взаимодействию участников системы обязательного медицинского страхования, установленных правилами обязательного медицинского страхования, приведшее к несоблюдению порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций. |
| 2.14. | Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации. |
| 2.15. | Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение аналогичных лекарственных препаратов, связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию оказания медицинской помощи; избыточная лекарственная терапия, заключающаяся в несоответствии дозировок, кратности и длительности приема лекарственных препаратов клиническим рекомендациям. |
| 2.16. | Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин. |
| 2.17. | Отсутствие в документации информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях[[24]](#footnote-24). |
| 2.18. | Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятий, клинической картине заболевания). |
| 2.19. | 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.). |
| 2.20. | Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе: |
| 2.20.1. | оплаченный случай оказания медицинской помощи выше тарифа, установленного тарифным соглашением более чем на 30%; |
| 2.20.2. | включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу. |
| 2.21. | Отсутствие в карте стационарного больного протокола врачебной комиссии в случаях назначения застрахованному лицу лекарственного препарата, не входящего в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов |
| **Раздел 3. Нарушения, выявляемые при проведении экспертизы качества медицинской помощи** |
| 3.1. | Установление неверного диагноза: |
| 3.1.1. | не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица; |
| 3.1.2. | приведшее к удлинению или укорочению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях; |
| 3.1.3. | приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания; |
| 3.1.4. | приведшее к инвалидизации; |
| 3.1.5. | приведшее к летальному исходу (в том числе при наличии расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 3 категории); |
| 3.2. | Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе по результатам проведенного диспансерного наблюдения, рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий: |
| 3.2.1. | не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица; |
| 3.2.2. | приведшее к удлинению или укорочению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях[[25]](#footnote-25))  |
| 3.2.3. | приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях); |
| 3.2.4. | приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях); |
| 3.2.5. | приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях); |
| 3.2.6. | рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении указанными центрами консультаций/консилиумов с применением консультаций с применением телемедицинских технологий, при необоснованном невыполнении данных рекомендаций; |
| 3.2.7. | по результатам проведенного диспансерного наблюдения |
| 3.3. | Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий, приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях). |
| 3.4. | Преждевременное с клинической точки зрения прекращение оказания медицинской помощи при отсутствии клинического эффекта (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях). |
| 3.5. | Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, преждевременная выписка из медицинской организации), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение тридцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, стационарно (повторная госпитализация); повторный вызов скорой медицинской помощи в течение двадцати четырех часов от момента предшествующего вызова. |
| 3.6. | Нарушение по вине медицинской организации преемственности в оказании медицинской помощи (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков оказания медицинской помощи и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица. |
| 3.7. | Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре, отсутствие пациента в медицинской организации на дату проверки. |
| 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 представление в реестрах счетов случаев оказания застрахованному лицу медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара в период пребывания оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях). |
| 3.10. | Необоснованное повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании медицинской помощи амбулаторно, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях, в течение четырнадцати календарных дней (за исключением случаев по обращениям в связи с выпиской лекарственных препаратов группам населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей бесплатно и с 50-процентной скидкой, наблюдения беременных женщин, посещений, связанных с выдачей справок и иных медицинских документов). |
| 3.11. | Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 категории, обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований в связи с несоответствием оснащения медицинской организации (структурного подразделения медицинской помощи) |
| 3.12. | Отсутствие в медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи. |

1. Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2020, № 50, ст. 8075). [↑](#footnote-ref-1)
2. В соответствии с частью 2 статьи 12, с частью 1 статьи 13, с частью 1 статьи 14, частью 1 статьи 15 и пунктом 2 части 3 статьи 39.1 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». [↑](#footnote-ref-2)
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 июня 2012 г., регистрационный № 24726) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 июня 2015 г. № 361н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 7 июля 2015 г., регистрационный № 37921), от 30 марта 2018 г. № 139н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 16 августа 2018 г., регистрационный № 51917), от 27 марта 2019 г. № 164н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 22 апреля 2019 г. № 54470), от 3 декабря 2019 г. № 984н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 6 февраля 2020 г. № 57452), от 21 февраля 2020 г. № 114н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 июля 2020 г. № 59083). [↑](#footnote-ref-3)
4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 января 2011 г. № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 февраля 2011 г., регистрационный № 19742) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 декабря 2016 г. № 941н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 1 февраля 2017 г. № 45494), от 15 января 2019 г. № 12н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 января 2019 г. № 53618). [↑](#footnote-ref-4)
5. 4 Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 января 2011 г. № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 февраля 2011 г., регистрационный № 19742) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 декабря 2016 г. № 941н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 1 февраля 2017 г. № 45494), от 15 января 2019 г. № 12н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 января 2019 г. № 53618). [↑](#footnote-ref-5)
6. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011 г. № 79 «Общие принципы построения и функционирования информационных систем и порядок информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования» (далее - приказ № 79) с изменениями, внесенными приказами Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 9 сентября 2016 г. № 169, от 17 ноября 2017 г. № 323, от 23 марта 2018 г. № 54, от 28 сентября 2018 г. № 200, от 13 декабря 2018 г. № 285, от 30 августа 2019 № 173, от 15 января 2020 № 6, от 5 марта 2020 г. № 49 (согласно письму Министерства юстиции Российской Федерации от 27 июля 2018 г № 01/99744-ЮЛ приказ № 79 не подлежал представлению на государственную регистрацию в Министерство юстиции Российской Федерации). [↑](#footnote-ref-6)
7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 марта 2019 г. № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 апреля 2019 г. № 54513). [↑](#footnote-ref-7)
8. В соответствии с частью 9 статьи 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». [↑](#footnote-ref-8)
9. В соответствии с частью 9 статьи 4 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». [↑](#footnote-ref-9)
10. В соответствии с частью 9 статьи 4 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». [↑](#footnote-ref-10)
11. Форма № 025/у, утвержденная приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 февраля 2015 г. № 36160), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 ноября 2018 г. № 2н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 апреля 2018 г., № 50614), от 2 ноября 2020 г. № 1186н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 ноября 2020 г. № 61121). [↑](#footnote-ref-11)
12. В соответствии с частью 7 статьи 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». [↑](#footnote-ref-12)
13. [↑](#footnote-ref-13)
14. В соответствии с частью 14 статьи 38 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». [↑](#footnote-ref-14)
15. В соответствии с частью 3 статьи 41 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». [↑](#footnote-ref-15)
16. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 июня 2012 г. № 24516), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 декабря 2013 г. № 886н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 декабря 2013 г. № 30714). [↑](#footnote-ref-16)
17. По данной форме также заполняется заключение по результатам повторного медико-экономического контроля. [↑](#footnote-ref-17)
18. Заполняется в случаях отсутствия выявленных при медико-экономической экспертизе нарушений. [↑](#footnote-ref-18)
19. Заполняется при проведении экспертизы качества медицинской помощи. [↑](#footnote-ref-19)
20. Заполняется в случае отсутствия выявленных при экспертизе качества медицинской помощи нарушений. [↑](#footnote-ref-20)
21. Заполняется в случаях, предусмотренных [пунктами 35](#P156) и 46 настоящего Порядка. [↑](#footnote-ref-21)
22. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 12 октября 2019 г. № 2406-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, № 42 (часть III), ст. 5979) с изменениями внесенными распоряжением Правительства Российской Федерации от 8 октября 2019 г. № 2333-р. [↑](#footnote-ref-22)
23. Распоряжение Правительства Российской Федерации 31 декабря 2018 г. № 3053-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, № 2, ст. 196) с изменениями внесенными распоряжениями Правительства Российской Федерации от 26 апреля 2020 г. № 1142-р, от 12 октября 2020 г. № 2626-р, от 23 ноября 2020 г. № 3073-р. [↑](#footnote-ref-23)
24. В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2020, № 29, ст. 4516). [↑](#footnote-ref-24)
25. В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, 2020, № 29, ст. 4516). [↑](#footnote-ref-25)