



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**П Р И К А З**

22 февраля 2017 г.

Москва

№ 45

О внесении изменений в Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230

В соответствии с главой 9 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2011, № 49, ст. 7047; 2012, № 49, ст. 6758; 2013, № 27, ст. 3477; № 48, ст. 6165; 2016, № 1, ст. 52) и в целях совершенствования организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

**п р и к а з ы в а ю:**

Внести изменения в Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 января 2011 г., регистрационный № 19614) с изменениями,

внесенными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16 августа 2011 г. № 144 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 декабря 2011 г., регистрационный № 22523), приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21 июля 2015 г. № 130 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 июля 2015 г., регистрационный № 38182), приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 29 декабря 2015 г. № 277 (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 27 января 2016 г., регистрационный номер № 40813), согласно приложению к настоящему приказу.

Председатель



Н.Н. Стадченко

Приложение  
к приказу Федерального фонда  
обязательного медицинского страхования  
от «12» февраля 2017 г. № 15

**Изменения, вносимые в Порядок организации и проведения контроля  
объемов, сроков, качества и условий предоставления  
медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию,  
утвержденный приказом Федерального фонда обязательного  
медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230**

1. В пункте 10 слова «(кроме контроля при осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования)» исключить.

2. В пункте 14:

а) подпункт «а» изложить в следующей редакции:

«а) повторных обращений по поводу одного и того же заболевания: в течение 15 дней - при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 30 дней - при повторной госпитализации; в течение 24 часов от момента предшествующего вызова - при повторном вызове скорой медицинской помощи;»;

б) подпункт «б» считать утратившим силу.

3. В пункте 17 слова «определяется планом проверок страховыми медицинскими организациями медицинских организаций, согласованным территориальным фондом обязательного медицинского страхования в соответствии с пунктом 51 раздела VII настоящего Порядка, и» исключить.

4. Абзац первый пункта 19 изложить в следующей редакции:

«19. По итогам плановой или целевой медико-экономической экспертизы специалистом-экспертом составляется акт медико-экономической экспертизы в двух экземплярах: один передается в медицинскую организацию, один экземпляр остается в страховой медицинской организации/территориальном фонде обязательного медицинского страхования.

В случае отсутствия дефектов медицинской помощи/нарушений при оказании медицинской помощи (в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) составляется акт медико-экономической экспертизы в соответствии с приложением 10 к настоящему Порядку.

В случае выявления дефектов медицинской помощи/нарушений при оказании медицинской помощи (в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) составляется акт медико-экономической экспертизы в соответствии с приложением 3 к настоящему Порядку.».

5. В пункте 21 после слов «проводится путем проверки» добавить слова «(в том числе с использованием автоматизированной системы)».

6. В пункте 25:

а) подпункт «е» изложить в следующей редакции:

«е) повторного обоснованного обращения по поводу одного и того же заболевания: в течение 15 дней - при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 30 дней - при повторной госпитализации; в течение 24 часов от момента предшествующего вызова — при повторном вызове скорой медицинской помощи;»;

б) подпункт «ж» считать утратившим силу.

7. В пункте 30:

а) слова «определяется планом проверок страховыми медицинскими организациями медицинских организаций, согласованным территориальным фондом обязательного медицинского страхования в соответствии с пунктом 51 раздела VII настоящего Порядка, и» исключить.

б) цифру «0,8» заменить на цифру «0,5».

8. В подпункте «а» пункта 33 после слов «средней продолжительности лечения,» добавить слова «укороченных или удлиненных сроков лечения,».

9. В подпункте «б» пункта 34 слова «, разделенным по возрасту, полу и другим признакам» исключить.

10. Пункт 37 изложить в следующей редакции:

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

В случае отсутствия дефектов медицинской помощи/нарушений при оказании медицинской помощи (в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) составляется акт экспертизы качества медицинской помощи в соответствии с приложением 6 к настоящему Порядку.

В случае выявления дефектов медицинской помощи/нарушений при оказании медицинской помощи (в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) составляется акт экспертизы качества медицинской помощи в соответствии с приложением 5 к настоящему Порядку.

В соответствии с частями 9 и 10 статьи 40 Федерального закона результаты экспертизы качества медицинской помощи, оформленные соответствующим актом по форме, установленной Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (приложение 5 к настоящему Порядку), являются основанием для применения к медицинской организации мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона, условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи

(уменьшения оплаты медицинской помощи) (приложение 8 к настоящему Порядку).

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

11. Пункт 43 изложить в следующей редакции:

«43. Количество случаев, подвергаемых реэкспертизе, определяется количеством поводов для их проведения в соответствии с пунктами 40, 41 настоящего Порядка, и составляет:

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

8% - в круглосуточном стационаре;

8% - в дневном стационаре;

0,8% - при амбулаторно-поликлинической помощи;

3% - скорой медицинской помощи вне медицинской организации;

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

5% - в круглосуточном стационаре;

3% - в дневном стационаре;

0,5% - при амбулаторно-поликлинической помощи;

1,5% - скорой медицинской помощи вне медицинской организации.

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

12. В пункте 52 после слов «соответствующего запроса медицинскую,» добавить слова «в том числе в электронном виде при использовании электронной медицинской карты,».

13. Пункт 57 дополнить абзацем следующего содержания:

«Медицинская организация уведомляет территориальный фонд обязательного медицинского страхования в случае непредставления страховой медицинской организацией акта в установленный срок.».

14. В пункте 58:

а) в абзаце втором после слов «и один экземпляр» добавить слова «с планом мероприятий по устранению нарушений в оказании медицинской помощи, выявленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи,»;

б) дополнить абзацем следующего содержания:

«Страховая медицинская организация рассматривает протокол разногласий в течение 10 рабочих дней с момента его получения и направляет в медицинскую организацию результаты рассмотрения протокола.».

15. В подпункте «б» пункта 66 слова «(по страховому случаю, при котором выявлены дефекты медицинской помощи и/или нарушения при оказании медицинской помощи)» исключить.

16. В пункте 67:

а) абзац первый дополнить словами «с учетом результатов рассмотрения протокола разногласия (при наличии) по пункту 58 и по пункту 74 (при наличии) настоящего Порядка.»;

б) абзац третий дополнить словами «, превышение установленного времени доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме;».

17. В пункте 73:

а) подпункт «в» изложить в следующей редакции:

«в) материалы внутреннего контроля по оспариваемому случаю.»;

б) дополнить абзацем следующего содержания:

«К претензии прилагаются результаты ведомственного контроля качества медицинской помощи (при наличии).».

18. Пункт 77 дополнить абзацем следующего содержания:

«При несогласии территориального фонда обязательного медицинского страхования по месту страхования с результатами медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи, территориальные фонды обязательного медицинского страхования согласовывают кандидатуру специалиста-эксперта и/или эксперта качества медицинской помощи и территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи проводит соответствующую экспертизу повторно.».

19. В Приложениях 3, 5 к Порядку слово «(целевой)» исключить.

20. В Приложении 6 к Порядку:

а) слово «(плановой)» заменить словом «(сводный)»;

б) слова «Выявленные дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи (в соответствии с Перечнем оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи - Приложение 8 к настоящему Порядку):» заменить словами «Проверено случаев оказания медицинской помощи:»;

в) таблицу изложить в следующей редакции:

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

г) слова «Из них признано содержащими дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи: \_\_\_\_\_»

Подлежат неоплате/уменьшению оплаты \_\_\_\_\_ случаев на сумму \_\_\_\_\_ руб.

Штраф по \_\_\_\_\_ случаям на сумму \_\_\_\_\_ руб.»

исключить.

21. В Приложении 8 к Порядку:

а) пункт 3.11. исключить;

б) пункты 1.1.3., 3.5., 4.2., 4.6.1. изложить в следующих редакциях:

«1.1.3. нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, времени доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме.»;

«3.5. Нарушения при оказании медицинской помощи (дефекты лечения, преждевременная выписка, др.), 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 15 дней со дня завершения амбулаторного лечения; повторная госпитализация в течение 30 дней со дня завершения лечения в стационаре; повторный вызов скорой медицинской помощи в течение 24 часов от момента предшествующего вызова.»;

«4.2. Отсутствие в первичной медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи.»;

«4.6.1. Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы.»;

в) дополнить новым пунктом 4.6.2:

«4.6.2. Включение в счет на оплату медицинской помощи/медицинских услуг при отсутствии в медицинском документе сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи пациенту.».

22. В приложении 10 к Порядку:

а) слово «(плановой)» исключить;

б) таблицу изложить в следующей редакции:

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

в) слова «Признаны содержащими дефекты/нарушения \_\_\_ случаев на сумму \_\_\_ рублей.

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

Подлежат неоплате/уменьшению оплаты \_\_\_ случаев на сумму \_\_\_ рублей.

Штраф по \_\_\_\_\_ случаям на сумму \_\_\_\_\_ рублей.» исключить.