|  |  |
| --- | --- |
| *ПРИКАЗ*  *от 1 декабря 2010 г. N 230*  *ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА*  *ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЯ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ,*  *КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ*  ***ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ*** | *ПРИКАЗ*  *от 28 февраля 2019 г. N 36*  *ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА*  *ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЯ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ,*  *КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ*  ***ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ*** |
| **I. Общие положения** | |
| 1. Настоящий Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - Порядок) разработан в соответствии с [главой 9](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD6EFD3D6E42F2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332E96DA07845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2011, N 49 (ч. I), ст. 7047; 2012, N 49, ст. 6758; 2013, N 27, ст. 3477; N 48, ст. 6165) и определяет правила и процедуру организации и проведения страховыми медицинскими организациями и фондами обязательного медицинского страхования контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями в объеме и на условиях, которые установлены территориальной программой обязательного медицинского страхования и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. | 1. Настоящий Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - Порядок) разработан в соответствии с главой 9 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»)и определяет правила и процедуру организации и проведения страховыми медицинскими организациями и фондами обязательного медицинского страхования контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями в объеме и на условиях, которые установлены территориальной программой обязательного медицинского страхования и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. |
| 2. Цель настоящего Порядка - регулирование мероприятий, направленных на реализацию прав застрахованных лиц на получение бесплатной медицинской помощи в установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию объемах, сроках и условиях, надлежащего качества в медицинских организациях, участвующих в реализации программ обязательного медицинского страхования. | 2. Цель настоящего Порядка - регулирование мероприятий, направленных на реализацию прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе на обеспечение за счет средств обязательного медицинского страхования гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и [базовой программы](consultantplus://offline/ref=5025677FAC7F4D4EC2AD22348B1AD41CB9D53C0E72258C2250FCE93F56CF4F3A2C1143C34E08A719CACEF8BE6FB21421BA9979044F83B3I9V4I) обязательного медицинского страхования, создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования. |
| **II. Цели контроля объемов, сроков,**  **качества и условий предоставления медицинской помощи**  **по обязательному медицинскому страхованию** | |
| 3. К контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - контроль) относятся мероприятия по проверке соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, реализовываемые посредством медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи. | 3. К контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - контроль) относятся мероприятия по проверке соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи объему и условиям, которые установлены территориальной программой обязательного медицинского страхования и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. |
| 4. Объектом контроля является организация и оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Субъектами контроля являются территориальные фонды обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации, медицинские организации, имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. | 4. Объектом контроля является организация и оказание медицинской помощи застрахованному лицу по обязательному медицинскому страхованию.  5. Субъектами контроля являются территориальные фонды обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации и медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. |
| 5. Цели контроля:  5.1. обеспечение бесплатного предоставления застрахованному лицу медицинской помощи в объеме и на условиях, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования;  5.2. защита прав застрахованного лица на получение бесплатной медицинской помощи в объеме и на условиях, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, надлежащего качества в медицинских организациях, участвующих в реализации программ обязательного медицинского страхования, в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;  5.3. предупреждение дефектов медицинской помощи, являющихся результатом несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья застрахованного лица; невыполнения и/или неправильного выполнения [порядков](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD4EAD5D7E32B2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332EC6CA47845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) оказания медицинской помощи и/или [стандартов](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD4EAD5D7E32B2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332EC6CA27845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) медицинской помощи, [клинических рекомендаций](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD4EAD5D7E32B2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332ED6EA47845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, медицинских технологий путем анализа наиболее распространенных нарушений по результатам контроля и принятие мер уполномоченными органами;  5.4. проверка исполнения страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями обязательств по оплате и бесплатному оказанию застрахованным лицам медицинской помощи по программам обязательного медицинского страхования;  5.5. проверка исполнения страховыми медицинскими организациями обязательств по изучению удовлетворенности застрахованных лиц объемом, доступностью и качеством медицинской помощи;  5.6. оптимизация расходов по оплате медицинской помощи при наступлении страхового случая и снижение страховых рисков в обязательном медицинском страховании. | 6. Цели контроля:  1)обеспечение бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи в объеме и на условиях, которые установлены территориальной программой обязательного медицинского страхования и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;  2)защита прав застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, с учетом результатов опросов застрахованных лиц о качестве и доступности медицинской помощи;  3) предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи, являющихся результатом:  несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья застрахованного лица при наступлении страхового случая, с учетом степени поражения органов и (или) систем организма либо нарушений их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением;  невыполнения, несвоевременного или ненадлежащего выполнения необходимых пациенту профилактических, диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи;  несоблюдения сроков ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, включая сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов, в том числе в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, предусматривающих планировочные решения внутренних пространств, обеспечивающих комфортность пребывания пациентов, включая организацию открытой регистратуры с инфоматом, электронного табло с расписанием приема врачей, колл-центра, системы навигации, зоны комфортного пребывания в холлах и оснащение входа автоматическими дверями;  4) проверка исполнения медицинскими организациями обязательств по оказанию необходимой медицинской помощи застрахованному лицу в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями обязательств по оплате медицинской помощи, оказанной в соответствии с указанной программой;  5) оптимизация расходов, связанных с оплатой медицинской помощи при наступлении страхового случая, и снижение страховых рисков в обязательном медицинском страховании. |
| 6. Контроль осуществляется путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества 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 |
| **III. Медико-экономический контроль** | |
| 7. Медико-экономический контроль в соответствии с [частью 3 статьи 40](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD6EFD3D6E42F2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332E96EA67845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (далее - Федеральный закон) - установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию территориальной программе обязательного медицинского страхования, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи. | 9. Медико-экономический контроль в соответствии с [частью 3 статьи 40](consultantplus://offline/ref=6E32F7FF66556E3B8798076800B288CAB1A20C2536D6617FC615341EC4BEB45ED66B50EC6DEA4782FD1801864BD092CC1FB831D8A77DFBS655P) Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» - установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию территориальной программе обязательного медицинского страхования, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи. |
| 8. Медико-экономический контроль осуществляется специалистами страховых медицинских организаций и территориальных фондов обязательного медицинского страхования. | 10. Медико-экономический контроль осуществляется специалистами страховых медицинских организаций и территориальных фондов в течение трех рабочих дней после представления медицинскими организациями реестров счетов на оплату медицинской помощи в сроки, установленные предусмотренным статьей 39 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. |
| 9. При медико-экономическом контроле проводится контроль всех случаев оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в целях:  1) проверки реестров счетов на соответствие установленному порядку информационного обмена в сфере обязательного медицинского страхования;  2) идентификации лица, застрахованного конкретной страховой медицинской организацией (плательщика);  3) проверки соответствия оказанной медицинской помощи:  а) территориальной программе обязательного медицинского страхования;  б) условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;  в) действующей лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;  4) проверки обоснованности применения тарифов на медицинские услуги, расчета их стоимости в соответствии с [методикой](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD6ECD0D7E62A2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332E568A67845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;  5) установления отсутствия превышения медицинской организацией объемов медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, подлежащих оплате за счет средств обязательного медицинского страхования. | 11. При медико-экономическом контроле проводится контроль оказанной и поданной на оплату за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи по каждому страховому случаю в целях:  1) проверки реестров счетов на соответствие установленному порядку информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования;  2) идентификации лица, застрахованного конкретной страховой медицинской организацией;  3) проверки соответствия оказанной медицинской помощи:  территориальной программе обязательного медицинского страхования;  условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;  действующей лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;  4) проверки обоснованности применения тарифов на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, их соответствие способам оплаты медицинской помощи, установленным тарифным соглашением, предусмотренным статьей 30 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», и договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;  5) установления отсутствия превышения медицинской организацией объемов медицинской помощи, подлежащих оплате за счет средств обязательного медицинского страхования, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, созданной в субъекте Российской Федерации в соответствии с частью 9 статьи 36 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», (далее - комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования);  6) выявления случаев невключения или несвоевременного включения в группу диспансерного наблюдения застрахованных лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение, а также несоблюдения установленной периодичности осмотров граждан, включенных в группы диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований. |
| 10. Выявленные в реестрах счетов нарушения отражаются в акте медико-экономического контроля ([приложение 1](#P412) к настоящему Порядку) с указанием суммы уменьшения счета по каждой записи реестра, содержащей сведения о дефектах медицинской помощи и/или нарушениях при оказании медицинской помощи.  В соответствии с [частями 9](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD6EFD3D6E42F2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332E96EA07845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) и [10 статьи 40](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD6EFD3D6E42F2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332E96EAF7845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) Федерального закона результаты медико-экономического контроля, оформленные соответствующим актом по форме, установленной Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, являются основанием для применения мер, предусмотренных [статьей 41](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD6EFD3D6E42F2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332E96FA67845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) 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](#P1105) к настоящему Порядку), а также могут являться основанием для проведения медико-экономической экспертизы; организации и проведения экспертизы качества медицинской помощи; проведения повторного медико-экономического контроля, повторных медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи территориальным фондом обязательного медицинского страхования или страховой медицинской организацией по заданию территориального фонда. | 12. Выявленные в реестрах счетов нарушения отражаются в акте медико-экономического контроля по форме согласно [приложению 1](#P412) к настоящему Порядку с указанием суммы уменьшения счета по каждой записи реестра, содержащей сведения о нарушениях при оказании медицинской помощи.  13. В соответствии с [частями 9](consultantplus://offline/ref=6E32F7FF66556E3B8798076800B288CAB1A20C2536D6617FC615341EC4BEB45ED66B50EC6DEA4784FD1801864BD092CC1FB831D8A77DFBS655P) и [10 статьи 40](consultantplus://offline/ref=6E32F7FF66556E3B8798076800B288CAB1A20C2536D6617FC615341EC4BEB45ED66B50EC6DEA478BFD1801864BD092CC1FB831D8A77DFBS655P) Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» результаты медико-экономического контроля, оформленные актом, предусмотренным пунктом 12 настоящего Порядка, являются основанием для применения мер, предусмотренных [статьей 41](consultantplus://offline/ref=6E32F7FF66556E3B8798076800B288CAB1A20C2536D6617FC615341EC4BEB45ED66B50EC6DEA4682FD1801864BD092CC1FB831D8A77DFBS655P) Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) ([приложение 8](#P1104) к настоящему Порядку), а также могут являться основанием для проведения медико-экономической экспертизы; организации и проведения экспертизы качества медицинской помощи; проведения повторного медико-экономического контроля, повторных медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи территориальным фондом или страховой медицинской организацией по заданию территориального фонда. |
| **IV. Медико-экономическая экспертиза** | |
| 11. Медико-экономическая экспертиза в соответствии с [частью 4 статьи 40](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD6EFD3D6E42F2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332E96EA57845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) Федерального закона - установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации. | 14. Медико-экономическая экспертиза в соответствии с [частью 4 статьи 40](consultantplus://offline/ref=6E32F7FF66556E3B8798076800B288CAB1A20C2536D6617FC615341EC4BEB45ED66B50EC6DEA4781FD1801864BD092CC1FB831D8A77DFBS655P) 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. |
| 12. Медико-экономическая экспертиза проводится специалистом-экспертом ([пункт 78 раздела XIII](#P374) настоящего Порядка). | 15. Медико-экономическая экспертиза проводится специалистом-экспертом (пункт 99 настоящего Порядка). |
| 13. Медико-экономическая экспертиза осуществляется в виде:  а) целевой медико-экономической экспертизы;  б) плановой медико-экономической экспертизы. | 16. Медико-экономическая экспертиза осуществляется в виде:  1) целевой медико-экономической экспертизы;  2) плановой медико-экономической экспертизы. |
| 14. Целевая медико-экономическая экспертиза проводится в случаях:  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) утратил силу;  в) получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность медицинской помощи в медицинской организации.  Целевая медико-экономическая экспертиза проводится в течение месяца после предоставления реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.  При проведении целевой медико-экономической экспертизы по случаям повторного обращения (госпитализации) по поводу одного и того же заболевания установленные сроки исчисляются с момента предоставления к оплате счета, содержащего информацию о повторном обращении (госпитализации).  Проведение целевой медико-экономической экспертизы в случае поступления жалоб застрахованных лиц или их представителей не зависит от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи.  Количество целевых медико-экономических экспертиз определяется количеством случаев, требующих ее проведения по указанным в настоящем Порядке основаниям. | 17. Целевая медико-экономическая экспертиза проводится во всех случаях:  1) повторных обращений по поводу одного и того же заболевания: в течение тридцати дней - при оказании медицинской помощи амбулаторно, стационарно; в течение двадцати четырех часов от момента предшествующего вызова - при повторном вызове скорой медицинской помощи;  2) получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность медицинской помощи в медицинской организации;  3) оказания медицинской помощи по профилю «онкология» с применением противоопухолевой терапии;  4) несвоевременной постановки на диспансерное наблюдение застрахованных лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение, а также несоблюдения установленной периодичности осмотров граждан, включенных в группы диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований;  5) госпитализации застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в плановой форме в стационаре (структурном подразделении стационара) другого профиля в соответствии с порядками оказания медицинской помощи (в целях настоящего Порядка далее – непрофильная госпитализация).  18. Целевая медико-экономическая экспертиза проводится в течение месяца с рабочего дня, следующего за днем оформления акта медико-экономического контроля (приложение 1 к настоящему Порядку), за исключением целевой медико-экономической экспертизы по случаям, предусмотренным подпунктом 2 пункта 17 настоящего Порядка, срок проведения которой не зависит от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи.  Срок проведения целевой медико-экономической экспертизы по случаям, предусмотренным подпунктом 1 пункта 17 настоящего Порядка, исчисляется с рабочего дня, следующего за днем оформления акта медико-экономического контроля, содержащего информацию о повторном обращении (госпитализации). |
| 15. Плановая медико-экономическая экспертиза осуществляется в течение месяца по счетам, предоставленным к оплате за оказанную застрахованному лицу медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию. | 19. Плановая медико-экономическая экспертиза проводится по принятым к оплате случаям оказания застрахованному лицу медицинской помощи, отобранным:  1) методом случайной выборки;  2) по тематически однородной совокупности случаев (далее – плановая тематическая медико-экономическая экспертиза).  20. Плановая медико-экономическая экспертиза методом случайной выборки проводится для оценки характера, частоты и причин нарушений при оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в сроки, установленные указанными программами.  21. Плановая тематическая медико-экономическая экспертиза проводится в отношении определенной совокупности принятых к оплате случаев оказания медицинской помощи, отобранных по тематическим признакам (например, частота и виды послеоперационных осложнений, продолжительность лечения, стоимость медицинских услуг) в каждой медицинской организации или группе медицинских организаций, предоставляющих медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию одного вида или в одних условиях, в пределах одного года с даты предоставления к оплате счетов и реестров счетов. |
| 16. При проведении плановой медико-экономической экспертизы оцениваются:  а) характер, частота и причины нарушений прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в установленных договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию объеме, сроках, качестве и условиях;  б) объем оказанной медицинской организацией медицинской помощи и его соответствие установленному решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объему, подлежащему оплате за счет средств обязательного медицинского страхования;  в) частота и характер нарушений медицинской организацией порядка формирования реестров счетов. | 22. При проведении плановой медико-экономической экспертизы оцениваются:  1) характер, частота и причины нарушений прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в установленных договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию объеме, сроках, качестве и условиях;  2) объем оказанной медицинской организацией медицинской помощи и его соответствие установленному решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объему, подлежащему оплате за счет средств обязательного медицинского страхования;  3) частота и характер нарушений медицинской организацией, связанных с формированием реестров счетов;  4) соответствие оказанной застрахованному лицу медицинской помощи по профилю «онкология» клиническим рекомендациям, порядкам оказания медицинской помощи, стандартам медицинской помощи, в том числе своевременность проведения диагностических исследований и лечебных мероприятий;  5) наличие записей лечащего врача в медицинской документации о рекомендациях по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий медицинскими работниками федеральных государственных учреждений, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, участвующих в реализации федерального проекта «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий» национального проекта «Здравоохранение» (далее в целях настоящего Порядка - национальные медицинские исследовательские центры). |
| 17. Объем ежемесячных медико-экономических экспертиз от числа законченных случаев лечения составляет не менее:  при оказании медицинской помощи стационарно - 8%;  при оказании медицинской помощи в дневном стационаре - 8%.  При оказании медицинской помощи амбулаторно - 0,8% от числа поданных на оплату страховых случаев.  При оказании медицинской помощи вне медицинской организации - 3% от числа поданных на оплату случаев.  В случае если в течение месяца количество дефектов медицинской помощи и/или нарушений при оказании медицинской помощи превышает 30 процентов от числа случаев оказания медицинской помощи, по которым была проведена медико-экономическая экспертиза, в следующем месяце объем проверок от числа принятых к оплате счетов по случаям оказания медицинской помощи должен быть увеличен не менее чем в 2 раза по сравнению с предыдущим месяцем. | 23. Объем ежемесячных медико-экономических экспертиз от числа принятых к оплате случаев оказания медицинской помощи составляет не менее:  1) при оказании медицинской помощи вне медицинской организации – 3%;  2) при оказании медицинской помощи амбулаторно - 0,8%;  3) при оказании медицинской помощи в дневном стационаре - 8%;  4) при оказании медицинской помощи стационарно - 8%.  24. В случае если количество поданных на оплату случаев оказания медицинской помощи по условиям оказания (амбулаторно, стационарно, вне медицинской организации) в отчетном месяце увеличилось на десять процентов по сравнению с предыдущим месяцем и (или) аналогичным периодом предыдущего календарного года, территориальный фонд поручает страховой медицинской организации проведение тематической экспертизы качества медицинской помощи по соответствующей нозологической форме в медицинской организации. |
| 18. В отношении определенной совокупности случаев оказания медицинской помощи, отобранных по тематическим признакам (например, частота и виды послеоперационных осложнений, продолжительность лечения, стоимость медицинских услуг) в медицинской организации в соответствии с планом, согласованным территориальным фондом обязательного медицинского страхования, может проводиться плановая тематическая медико-экономическая экспертиза, для которой отбор случаев осуществляется в пределах одного года с даты предоставления счетов и реестров счетов к оплате. | 25. Плановая медико-экономическая экспертиза осуществляется не позднее двух месяцев с рабочего дня, следующего за днем оформления акта медико-экономического контроля, за исключением случаев, предусмотренных подпунктом 5 пункта 23 настоящего Порядка, при которых плановая медико-экономическая экспертиза осуществляется в течение двух рабочих дней со дня получения страховой медицинской организацией информации о случае проведения консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий. |
| 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](#P1377) 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](#P738) к настоящему Порядку.  В соответствии с [частью 9 статьи 40](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD6EFD3D6E42F2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332E96EA07845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) Федерального закона результаты медико-экономической экспертизы, оформленные соответствующим актом по форме, установленной Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, являются основанием для применения к медицинской организации мер, предусмотренных [статьей 41](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD6EFD3D6E42F2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332E96FA67845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) 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](#P1105) к настоящему Порядку), а также могут являться основанием для проведения экспертизы качества медицинской помощи. | 26. По итогам плановой или целевой медико-экономической экспертизы специалистом-экспертом составляется акт медико-экономической экспертизы в двух экземплярах, один из которых передается в медицинскую организацию, другой – остается в страховой медицинской организации/территориальном фонде.  В случае выявления нарушений при оказании медицинской помощи (в соответствии с приложением 8 к настоящему Порядку) составляется акт медико-экономической экспертизы по форме согласно приложению 2 к настоящему Порядку.  При выявлении на основе сведений информационного ресурса территориального фонда за истекшие сутки случая непрофильной госпитализации застрахованного лица при оказании ему медицинской помощи в плановой форме акт медико-экономической экспертизы, оформленный по пунктам 1 – 15 и 17 установленной формы (приложение 2 к настоящему Порядку), дополнительно направляется руководителю медицинской организации, выдавшей направление на плановую госпитализацию и в орган государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья для принятия мер по обеспечению профильной госпитализации в течение суток со дня выявления случая непрофильной госпитализации.  При выявлении отсутствия в медицинской документации предусмотренных подпунктом 5 пункта 22 настоящего Порядка сведений о рекомендациях медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров акт медико-экономической экспертизы, оформленный по пунктам 1 – 15 и 18 установленной формы (приложение 2 к настоящему Порядку), дополнительно направляется в Министерство здравоохранения Российской Федерации для принятия мер по достижению цели федерального проекта «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий» национального проекта «Здравоохранение» в течение суток со дня выявления отсутствия в медицинской документации сведений о рекомендациях.  В случае отсутствия нарушений при оказании медицинской помощи (в соответствии с приложением 8 к настоящему порядку) составляется акт медико-экономической экспертизы по форме согласно приложению 2 к настоящему Порядку.  27. В соответствии с [частью 9 статьи 40](consultantplus://offline/ref=6E32F7FF66556E3B8798076800B288CAB1A20C2536D6617FC615341EC4BEB45ED66B50EC6DEA4784FD1801864BD092CC1FB831D8A77DFBS655P) Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» результаты медико-экономической экспертизы, оформленные актом медико-экономической экспертизы, являются основанием для применения к медицинской организации мер, предусмотренных [статьей 41](consultantplus://offline/ref=6E32F7FF66556E3B8798076800B288CAB1A20C2536D6617FC615341EC4BEB45ED66B50EC6DEA4682FD1801864BD092CC1FB831D8A77DFBS655P) Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) ([приложение 8](#P1104) к настоящему Порядку), а также могут являться основанием для проведения экспертизы качества медицинской помощи. |
| **V. Экспертиза качества медицинской помощи** | |
| 20. В соответствии с [частью 6 статьи 40](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD6EFD3D6E42F2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332EB68A27845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) Федерального закона 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. | 28. В соответствии с [частью 6 статьи 40](consultantplus://offline/ref=6E32F7FF66556E3B8798076800B288CAB1A20C2536D6617FC615341EC4BEB45ED66B50EC6DE84184FD1801864BD092CC1FB831D8A77DFBS655P) 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. |
| 21. Экспертиза качества медицинской помощи проводится путем проверки (в том числе с использованием автоматизированной системы) соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, [порядкам](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD4EAD5D7E32B2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332EC6CA47845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) оказания медицинской помощи и [стандартам](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD4EAD5D7E32B2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332EC6CA27845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) медицинской помощи, [клиническим рекомендациям](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD4EAD5D7E32B2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332ED6EA47845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) (протоколам лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, сложившейся клинической практике. | 29. Экспертиза качества медицинской помощи проводится путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, [порядкам](consultantplus://offline/ref=6E32F7FF66556E3B8798076800B288CABCA108203DD6617FC615341EC4BEB44CD6335CEE6CF14481E84E50C3S156P) оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям, [стандартам](consultantplus://offline/ref=6E32F7FF66556E3B8798076800B288CABBA50C2132D6617FC615341EC4BEB44CD6335CEE6CF14481E84E50C3S156P) медицинской помощи.  30. Экспертиза качества медицинской помощи проводится на основании критериев оценки качества медицинской помощи, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 мая 2017 г., регистрационный № 46740). |
| 22. Экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи, включенным в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи ([пункт 81 раздела XIII](#P388) настоящего Порядка) по поручению территориального фонда обязательного медицинского страхования или страховой медицинской организации. | 31. Экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи ([пункт](#P388) 104 настоящего Порядка), по поручению Федерального фонда обязательного медицинского страхования, территориального фонда или страховой медицинской организации.  32. Экспертиза качества медицинской помощи проводится несколькими экспертами качества медицинской помощи разных специальностей, в случаях, предусмотренных пунктами 35 и 46 настоящего Порядка (далее в целях настоящего Порядка – мультидисциплинарная экспертиза качества медицинской помощи). |
| 23. Экспертиза качества медицинской помощи осуществляется в виде:  а) целевой экспертизы качества медицинской помощи;  б) плановой экспертизы качества медицинской помощи. | 33. Экспертиза качества медицинской помощи осуществляется в виде:  1) целевой экспертизы качества медицинской помощи;  2) плановой экспертизы качества медицинской помощи. |
| 24. Целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится в течение месяца после предоставления реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам, за исключением случаев, установленных законодательством Российской Федерации, и случаев, указанных в [подпункте "д" пункта 25](#P141) настоящего раздела.  В случае необходимости получения результатов патологоанатомического вскрытия при летальном случае, результатов расследования Роспотребнадзора при внутрибольничном инфицировании и иных случаях в соответствии с законодательством Российской Федерации и нормативными правовыми актами федеральных органов исполнительной власти, срок проведения экспертизы качества медицинской помощи продлевается.  При выявлении страховой медицинской организацией (по результатам жалобы, по результатам внутреннего контроля, по запросам органов прокуратуры Российской Федерации, Росздравнадзора, иных государственных органов и организаций, юридических лиц и индивидуальных предпринимателей) случаев летальных исходов, внутрибольничного инфицирования и осложнений заболеваний, первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится не зависимо от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи.  Организационные экспертные мероприятия (например, запрос материалов, необходимых для проведения экспертизы качества медицинской помощи и их анализ, переговоры с экспертом качества необходимой специальности) осуществляются в течение месяца после предоставления реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам. | 36. Целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится в течение месяца с рабочего дня, следующего за днем оформления акта медико-экономического контроля (приложение 1 к настоящему Порядку), за исключением случаев, установленных законодательством Российской Федерации, и случаев, указанных в [подпунктах 1, 4, 6 и 7 пункта 36](#P141) 34 и пункте 37 настоящего Порядка.  Сроки проведения целевой экспертизы качества медицинской помощи исчисляются в случаях, предусмотренных:  1) подпунктом 2 пункта 34 настоящего Порядка, со дня получения в период проведения целевой экспертизы качества медицинской помощи результатов патологоанатомического вскрытия (при его проведении);  2) подпунктом 3 пункта 34 настоящего Порядка, со дня получения в период проведения целевой экспертизы качества медицинской помощи санитарно-эпидемиологических заключений органов и учреждений, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор при внутрибольничном инфицировании (при проведении санитарно-эпидемиологической экспертизы).  Сроки проведения целевой экспертизы качества медицинской помощи в случаях, предусмотренных:  1) подпунктом 1 пункта 34 настоящего Порядка, исчисляются со дня регистрации обращения застрахованного лица и могут быть продлены на срок не более 30 календарных дней;  2) подпунктами 6 и 7 пункта 34 настоящего Порядка, не превышают шести месяцев с рабочего дня, следующего за днем оформления акта медико-экономической экспертизы (приложения 2 к настоящему Порядку).  При выявлении страховой медицинской организацией (по результатам рассмотрения жалобы, при организации экспертизы качества медицинской помощи, по поступившей информации от органов прокурорского надзора, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, иных государственных органов и организаций, юридических лиц и индивидуальных предпринимателей) случаев летальных исходов, внутрибольничного инфицирования и осложнений заболеваний, первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится независимо от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи.  37. Сроки проведения целевой мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи составляют не более сорока пяти рабочих дней:  1) в случаях, предусмотренных подпунктом 1 пункта 35 настоящего Порядка, с даты регистрации поступления жалобы от застрахованного лица не зависят от времени, прошедшего с момента оказания застрахованному лицу медицинской помощи;  2) в случаях, предусмотренных подпунктом 2 пункта 35 настоящего Порядка, с даты:  подписания акта медико-экономического контроля (приложение 1 к настоящему Порядку), содержащего сведения о случае оказания медицинской помощи с летальным исходом;  получения страховыми медицинскими организациями информации о посмертном заключительном рубрифицированном диагнозе умершего застрахованного лица;  поступления из территориального фонда информации о смерти застрахованного лица вне медицинской организации;  3) в случаях, предусмотренных подпунктом 3 пункта 35 настоящего Порядка, с даты поступления в страховые медицинские организации информации о случаях первичного выхода на инвалидность.  38. Мероприятия по организации экспертизы качества медицинской помощи, включая запрос материалов, необходимых для ее проведения, и их анализ, отбор эксперта качества медицинской помощи, осуществляются в течение месяца после предоставления реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам. |
| 25. Целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится в случаях:  а) получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность и качество медицинской помощи в медицинской организации;  в) летальных исходов;  г) внутрибольничного инфицирования и осложнения заболевания;  д) первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;  е) повторного обоснованного обращения по поводу одного и того же заболевания: в течение 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;  з) отобранных по результатам целевой медико-экономической экспертизы.  При проведении целевой экспертизы качества медицинской помощи оценке подлежат все этапы и уровни оказания медицинской помощи.  26. При проведении целевой экспертизы качества медицинской помощи по случаям, отобранным по результатам целевой медико-экономической экспертизы, общие сроки проведения целевой экспертизы качества медицинской помощи могут увеличиваться до шести месяцев с момента предоставления счета на оплату.  При проведении целевой экспертизы качества медицинской помощи по случаям повторного обращения (госпитализации) по поводу одного и того же заболевания установленные сроки исчисляются с момента предоставления на оплату счета, содержащего информацию о повторном обращении (госпитализации).  27. Проведение целевой экспертизы качества медицинской помощи в случае поступления жалоб застрахованных лиц или их представителей не зависит от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи и осуществляется в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD6EFD0D8E02A2433BC75B1B96C63B05F82D6D3A5F231F26CA16D13A90A2CnBM) от 2 мая 2006 года N 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации" и иными нормативными правовыми актами, регламентирующими работу с обращениями граждан.  28. Количество целевых экспертиз качества медицинской помощи определяется количеством случаев, требующих ее проведения по указанным в настоящем Порядке основаниям. | 34. Целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится во всех случаях:  1) получения жалобы от застрахованного лица или его представителя на доступность и качество медицинской помощи в медицинской организации;  2) летальных исходов;  3) внутрибольничного инфицирования и осложнения заболевания;  4) первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;  5) повторного обоснованного обращения по поводу одного и того же заболевания: в течение тридцати дней - при оказании медицинской помощи амбулаторно, стационарно; в течение двадцати четырех часов от момента предшествующего вызова - при повторном вызове скорой медицинской помощи;  6) отобранных по результатам целевой медико-экономической экспертизы;  7) выявления по результатам целевой и тематической медико-экономической экспертизы нарушений при оказании медицинской помощи по профилю «онкология».  35. Мультидисциплинарная целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится во всех случаях:  1) получения жалобы от застрахованного лица или его представителя на доступность и качество медицинской помощи, оказанной специалистами разных профилей и/или на разных уровнях оказания медицинской помощи;  2) летальных исходов при:  остром коронарном синдроме (код по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр) (далее - МКБ10) - I 20.0; I 21 - I 24);  остром нарушении мозгового кровообращения (код МКБ10 - I 60 - I 63; G 45 - G 46);  внебольничных и госпитальных пневмониях (код МКБ10 - J 12 - J 18);  злокачественных новообразованиях молочной железы у женщин (код МКБ 10 - C 50);  злокачественные новообразования предстательной железы у мужчин (код МКБ10 - С61);  3) первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей.  По случаю летального исхода застрахованного лица вне медицинской организации, по которому в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (далее – амбулаторная медицинская карта), на имя умершего застрахованного лица, представленной медицинской организацией специалисту-эксперту в соответствии с пунктом 104 настоящего Порядка, отсутствует протокол патологоанатомического вскрытия трупа умершего застрахованного лица, мультидисциплинарная экспертиза качества медицинской помощи не проводится. |
| 29. Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится с целью оценки соответствия объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи группам застрахованных лиц, разделенным по возрасту, заболеванию или группе заболеваний, этапу медицинской помощи и другим признакам, условиям, предусмотренным договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. | 39. Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится с целью оценки соответствия объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи группам застрахованных лиц, распределенным по возрасту, заболеванию или группе заболеваний, порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям и стандартам медицинской помощи, условиям, предусмотренным договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в том числе с целью оценки полноты выполнения медицинскими организациями рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении телемедицинских консультаций/консилиумов. |
| 30. Объем ежемесячных экспертиз качества медицинской помощи составляет от числа законченных случаев лечения не менее:  при оказании медицинской помощи стационарно - 5%;  при оказании медицинской помощи в дневном стационаре - 3%.  При оказании медицинской помощи амбулаторно - 0,5% от числа поданных на оплату страховых случаев.  При оказании медицинской помощи вне медицинской организации - 1,5% от числа поданных на оплату случаев. | 40. Объем ежемесячных экспертиз качества медицинской помощи составляет от числа принятых к оплате случаев оказания медицинской помощи не менее:  1) при оказании медицинской помощи вне медицинской организации - 1,5%;  2) при оказании медицинской помощи амбулаторно - 0,5%;  3) при оказании медицинской помощи стационарно - 5%;  4) при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара - 3%.  41. При оказании медицинской помощи по рекомендациям медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении телемедицинских консультаций/консилиумов экспертиза качества медицинской помощи проводится ежемесячно в объеме не менее семидесяти процентов от числа принятых к оплате случаев оказания медицинской помощи с применением указанных в настоящем пункте телемедицинских консультаций/консилиумов. |
| 31. Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится по случаям оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, отобранным:  а) методом случайной выборки;  б) по тематически однородной совокупности случаев. | 42. Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится по принятым к оплате страховым случаям, отобранным:  1) методом случайной выборки;  2) по тематически однородной совокупности случаев (далее – тематическая экспертиза качества медицинской помощи). |
| 32. Плановая экспертиза качества медицинской помощи методом случайной выборки проводится для оценки характера, частоты и причин нарушений прав застрахованных лиц на своевременное получение медицинской помощи установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования объема и качества, в том числе обусловленных неправильным выполнением медицинских технологий, повлекших ухудшение состояния здоровья застрахованного лица, дополнительный риск неблагоприятных последствий для его здоровья, неоптимальное расходование ресурсов медицинской организации, неудовлетворенность медицинской помощью застрахованных лиц. | 43. Плановая экспертиза качества медицинской помощи методом случайной выборки проводится для оценки характера, частоты и причин нарушений при оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в сроки, установленные указанными программами, в том числе приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, создавших риск прогрессирования имеющегося заболевания, создавших риск возникновения нового заболевания, приведших к инвалидизации, к летальному исходу, а также к неэффективному использованию ресурсов медицинской организации, неудовлетворенности медицинской помощью застрахованных лиц. |
| 33. Плановая тематическая экспертиза качества медицинской помощи проводится в отношении определенной совокупности случаев оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, отобранных по тематическим признакам в каждой медицинской организации или группе медицинских организаций, предоставляющих медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию одного вида или в одних условиях.  Выбор тематики осуществляется на основании показателей деятельности медицинских организаций, их структурных подразделений и профильных направлений деятельности:  а) больничной летальности, частоты послеоперационных осложнений, первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей, частоты повторных госпитализаций, средней продолжительности лечения, укороченных или удлиненных сроков лечения, стоимости медицинских услуг и других показателей;  б) результатов внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи;  в) результатов проведенной медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, оценки лечебно-диагностического процесса;  г) наличия подтверждающих признаков повторяющихся, систематических ошибок, либо тенденций, свидетельствующих о наличии возможных дефектов лечебно-диагностического процесса.  Тематика определяется территориальным фондом обязательного медицинского страхования с учетом предложений страховых медицинских организаций. | 44. Плановая тематическая экспертиза качества медицинской помощи проводится в отношении определенной совокупности принятых к оплате случаев оказания медицинской помощи, отобранных по тематическим признакам в каждой медицинской организации или группе медицинских организаций, предоставляющих медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию одного вида или в одних условиях.  45. Выбор тематики для проведения тематической экспертизы качества медицинской помощи осуществляется на основании показателей деятельности медицинских организаций, их структурных подразделений, с учетом предложений страховых медицинских организаций:  1) больничной летальности, частоты послеоперационных осложнений, первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей, частоты повторных госпитализаций, средней продолжительности лечения, укороченных или удлиненных сроков лечения, стоимости медицинских услуг;  2) результатов внутреннего и ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности;  3) результатов проведенной медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, свидетельствующих о типичных нарушениях при оказании медицинской помощи, тенденциях их нарастания;  4) выявления случаев не включения или несвоевременного включения в группу диспансерного наблюдения застрахованных лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение, а также несоблюдения установленной периодичности осмотров граждан, включенных в группы диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований.  46. Мультидисциплинарная тематическая экспертиза качества медицинской помощи проводится в случаях:  1) оказания медицинской помощи при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности населения на территории субъекта Российской Федерации (по поручению территориального фонда);  2) оказания медицинской помощи при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности населения в Российской Федерации (по поручению Федерального фонда обязательного медицинского страхования);  3) отобранных страховой медицинской организацией по результатам медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, если указанные результаты не позволяют сделать заключение о соответствии оказанной застрахованным лицам медицинской помощи порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям, стандартам медицинской помощи, в том при переводе пациента в другие отделения стационара, включая отделение реанимации и интенсивной терапии, в период одной госпитализации в одной медицинской организации;  4) необходимости проверки полноты устранения ранее выявленных нарушений при оказании медицинской помощи спустя шесть месяцев со дня окончания предыдущей мультидисциплинарной плановой экспертизы качества медицинской помощи. |
| Сроки и объемы экспертиз качества медициной помощи, установленные планами проверок страховыми медицинскими организациями медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по договорам на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с [пунктом 51 главы VII](#P258) настоящего Порядка координируются территориальным фондом обязательного медицинского страхования для последующего согласования.  34. Плановая тематическая экспертиза качества медицинской помощи направлена на решение следующих задач:  а) выявление, установление характера и причин типичных (повторяющихся, систематических) ошибок в лечебно-диагностическом процессе;  б) сравнение качества медицинской помощи, предоставленной группам застрахованных лиц.  В проведении плановой тематической экспертизы качества медицинской помощи принимают участие эксперты качества медицинской помощи, являющиеся главными внештатными специалистами органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.  35. Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится в каждой медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию, не реже одного раза в течение календарного года в сроки, определенные планом проверок ([пункт 51 раздела VII](#P258) настоящего Порядка). | 47. Сроки проведения и объемы плановых экспертиз качества медицинской помощи устанавливаются планами проверок страховыми медицинскими организациями медицинских организаций по согласованию с территориальным фондом.  Плановая экспертиза качества медицинской помощи в случаях, предусмотренных подпунктом 4 пункта 45 настоящего Порядка, проводится не реже одного раза в шесть месяцев.  48. Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится в каждой медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию, не реже одного раза в течение календарного года. |
| 36. Экспертиза качества медицинской помощи может проводиться в период оказания застрахованному лицу медицинской помощи (далее - очная экспертиза качества медицинской помощи), в том числе по обращению застрахованного лица или его представителя. Основной целью очной экспертизы качества медицинской помощи является предотвращение и/или минимизация отрицательного влияния на состояние здоровья пациента дефектов медицинской помощи.  Экспертом качества медицинской помощи с уведомлением администрации медицинской организации может проводиться обход подразделений медицинской организации с целью контроля условий оказания медицинской помощи, подготовки материалов для экспертного заключения, а также консультирования застрахованного лица.  При консультировании обратившееся застрахованное лицо информируется о состоянии его здоровья, степени соответствия оказываемой медицинской помощи [порядкам](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD4EAD5D7E32B2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332EC6CA47845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) оказания медицинской помощи и [стандартам](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD4EAD5D7E32B2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332EC6CA27845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) медицинской помощи, [клиническим рекомендациям](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD4EAD5D7E32B2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332ED6EA47845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) (протоколам лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию с разъяснением его прав в соответствии с [законодательством](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD6ECD1D6E52E2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332EE68A77845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) Российской Федерации. | 49. Экспертиза качества медицинской помощи проводится в период оказания застрахованному лицу медицинской помощи (далее - очная экспертиза качества медицинской помощи), в том числе по обращению застрахованного лица или его представителя, включающая обход подразделений медицинской организации с целью контроля условий оказания медицинской помощи, подготовки материалов для экспертного заключения, а также информирование застрахованного лица о степени соответствия оказываемой медицинской помощи [порядкам](consultantplus://offline/ref=6E32F7FF66556E3B8798076800B288CABCA108203DD6617FC615341EC4BEB44CD6335CEE6CF14481E84E50C3S156P) оказания медицинской помощи и клиническим рекомендациям, договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, а также о правах застрахованного лица в сфере обязательного медицинского страхования, проводится экспертом качества медицинской помощи с обязательным уведомлением руководителя медицинской организации в письменной форме о дате проведения обхода подразделений медицинской организации. |
| 37. Экспертом качества медицинской помощи, осуществлявшим проведение экспертизы качества медицинской помощи, оформляется экспертное заключение ([приложение 11](#P1431) 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](#P897) 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](#P830) к настоящему Порядку.  В соответствии с [частями 9](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD6EFD3D6E42F2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332E96EA07845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) и [10 статьи 40](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD6EFD3D6E42F2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332EB68A17845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) Федерального закона результаты экспертизы качества медицинской помощи, оформленные в соответствии с [приложением 5](#P830) к настоящему Порядку, являются основанием для применения к медицинской организации мер, предусмотренных [статьей 41](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD6EFD3D6E42F2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332E96FA67845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) 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](#P1105) 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. | 50. По итогам экспертизы качества медицинской помощи составляется акт экспертизы качества медицинской помощи в двух экземплярах, один из которых передается в медицинскую организацию, другой – остается в страховой медицинской организации/территориальном фонде.  В случае выявления нарушений при оказании медицинской помощи (в соответствии с приложением 8 к настоящему Порядку) составляется акт экспертизы качества медицинской помощи по форме согласно приложению 3 к настоящему Порядку.  При выявлении случаев невыполнения (неполного выполнения) медицинской организацией рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении указанными центрами консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий, при отсутствии в медицинской документации обоснования неприменения указанных рекомендаций (при наличии медицинских показаний) акт экспертизы качества медицинской помощи, оформленный по форме согласно приложению 3 к настоящему Порядку, дополнительно направляется в Министерство здравоохранения Российской Федерации для принятия мер по достижению цели федерального проекта «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий» национального проекта «Здравоохранение», в течение суток со дня оформления указанного акта.  Экспертом качества медицинской помощи, осуществлявшим проведение экспертизы качества медицинской помощи, оформляется приложение к акту экспертизы качества медицинской помощи (приложение 3 к настоящему Порядку), содержащее описание проведения и результаты экспертизы качества медицинской помощи, на основании которого составляется акт экспертизы качества медицинской помощи.  В случае отсутствия нарушений при оказании медицинской помощи (в соответствии с приложением 8 к настоящему Порядку) составляется акт экспертизы качества медицинской помощи по форме согласно приложению 3 к настоящему Порядку.  По итогам мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи составляется акт экспертизы качества медицинской помощи по форме, согласно приложению 3 к настоящему Порядку.  51. В соответствии с [частями 9](consultantplus://offline/ref=6E32F7FF66556E3B8798076800B288CAB1A20C2536D6617FC615341EC4BEB45ED66B50EC6DEA4784FD1801864BD092CC1FB831D8A77DFBS655P) и [10 статьи 40](consultantplus://offline/ref=6E32F7FF66556E3B8798076800B288CAB1A20C2536D6617FC615341EC4BEB45ED66B50EC6DE8418BFD1801864BD092CC1FB831D8A77DFBS655P) Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» результаты экспертизы качества медицинской помощи, оформленные актом экспертизы качества медицинской помощи, являются основанием для применения к медицинской организации мер, предусмотренных [статьей 41](consultantplus://offline/ref=6E32F7FF66556E3B8798076800B288CAB1A20C2536D6617FC615341EC4BEB45ED66B50EC6DEA4682FD1801864BD092CC1FB831D8A77DFBS655P) Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) ([приложение 8](#P1104) к настоящему Порядку).  52. Страховые медицинские организации на основании актов экспертизы качества медицинской помощи готовят и направляют в территориальный фонд предложения по улучшению доступности и качества медицинской помощи с приложением планов мероприятий по устранению нарушений при оказании медицинской помощи, выявленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи, представленных медицинскими организациями. |
| **VI. Порядок осуществления территориальным**  **фондом контроля за деятельностью страховых медицинских организаций** | |
| 38. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования на основании [части 11 статьи 40](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD6EFD3D6E42F2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332E96EAE7845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) Федерального закона осуществляет контроль за деятельностью страховых медицинских организаций путем организации контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, проводит медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу, экспертизу качества медицинской помощи, в том числе повторно. | 53. Территориальный фонд на основании [части 11 статьи 40](consultantplus://offline/ref=6E32F7FF66556E3B8798076800B288CAB1A20C2536D6617FC615341EC4BEB45ED66B50EC6DEA478AFD1801864BD092CC1FB831D8A77DFBS655P) Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» осуществляет контроль за деятельностью страховых медицинских организаций путем организации контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, проводит медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу, экспертизу качества медицинской помощи, в том числе повторно. |
| 39. Повторные медико-экономическая экспертиза или экспертиза качества медицинской помощи (далее - реэкспертиза) - проводимая другим специалистом-экспертом медико-экономическая экспертиза или другим экспертом качества медицинской помощи экспертиза качества медицинской помощи с целью проверки обоснованности и достоверности выводов по ранее принятым заключениям, сделанным специалистом-экспертом или экспертом качества медицинской помощи, первично проводившим медико-экономическую экспертизу или экспертизу качества медицинской помощи.  Повторная экспертиза качества медицинской помощи может осуществляться параллельно или последовательно с первой тем же методом, но другим экспертом качества медицинской помощи. | 54. Повторные медико-экономическая экспертиза или экспертиза качества медицинской помощи (далее также – реэкспертиза) проводятся другим специалистом-экспертом медико-экономическая экспертиза или другим экспертом качества медицинской помощи экспертиза качества медицинской помощи.  55. Повторная экспертиза качества медицинской помощи проводится параллельно или последовательно с экспертизой качества медицинской помощи, осуществляемой страховой медицинской организацией, с привлечением другого эксперта качества медицинской помощи. |
| 40. Задачами реэкспертизы являются:  а) проверка обоснованности и достоверности заключения специалиста-эксперта или эксперта качества медицинской помощи, первично проводившего медико-экономическую экспертизу или экспертизу качества медицинской помощи;  б) контроль деятельности отдельных специалистов-экспертов/экспертов качества медицинской помощи. | 56. Задачами реэкспертизы являются:  1) проверка обоснованности и достоверности заключения специалиста-эксперта или эксперта качества медицинской помощи, первично проводившего медико-экономическую экспертизу или экспертизу качества медицинской помощи;  2) контроль деятельности специалистов-экспертов/экспертов качества медицинской помощи. |
| 41. Реэкспертиза проводится в случаях:  а) проведения территориальным фондом обязательного медицинского страхования документальной проверки организации обязательного медицинского страхования страховой медицинской организацией;  б) выявления нарушений в организации контроля со стороны страховой медицинской организации;  в) необоснованности и/или недостоверности заключения эксперта качества медицинской помощи, проводившего экспертизу качества медицинской помощи;  г) поступления претензии от медицинской организации, не урегулированной со страховой медицинской организацией ([пункт 73 раздела XI](#P345) настоящего Порядка);  д) поступления жалобы застрахованного лица или его представителя на качество медицинской помощи. | 57. Реэкспертиза проводится в случаях:  1) проведения территориальным фондом документальной проверки соблюдения страховой медицинской организацией законодательства в сфере обязательного медицинского страхования;  2) выявления нарушений при организации страховой медицинской организацией контроля;  3) наличия противоречий выводов эксперта качества медицинской помощи описанию выявленных нарушений в экспертном заключении;  4) поступления претензии от медицинской организации, не урегулированной со страховой медицинской организацией ([пункт 95 раздела XI](#P345) настоящего Порядка);  5) поступления жалобы застрахованного лица или его представителя на доступность и качество медицинской помощи. |
| 42. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования уведомляет страховую медицинскую организацию и медицинскую организацию о проведении реэкспертизы не позднее чем за 5 рабочих дней до начала работы.  Для проведения реэкспертизы территориальному фонду обязательного медицинского страхования в течение 5 рабочих дней после получения соответствующего запроса страховая медицинская организация и медицинская организация обязаны предоставить:  страховая медицинская организация - необходимые для проведения реэкспертизы копии актов медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи;  медицинская организация - медицинскую, учетно-отчетную и прочую документацию, при необходимости результаты внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи, в том числе проведенного органом управления здравоохранением. | 58. Территориальный фонд не позднее чем за пять рабочих дней до начала реэкспертизы направляет в страховую медицинскую организацию и медицинскую организацию письменное уведомление, содержащее следующие сведения:  1) основание проведения реэкспертизы;  2) тему реэкспертизы;  3) сроки проведения реэкспертизы;  4) проверяемый в рамках реэкспертизы период;  5) перечень документов, необходимых для проведения реэкспертизы.  59. В течение пяти рабочих дней после уведомления, предусмотренного пунктом 58 настоящего Порядка, территориальному фонду представляются:  1) страховой медицинской организацией - необходимые для проведения реэкспертизы копии актов медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи;  2) медицинской организацией - медицинская, учетно-отчетная и прочая документация, по дополнительному требованию - результаты внутреннего и ведомственного контроля безопасности и качества медицинской деятельности. |
| 43. Количество случаев, подвергаемых реэкспертизе, определяется количеством поводов для их проведения в соответствии с [пунктами 40](#P207), [41](#P210) 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. | 60. Количество страховых случаев, подвергаемых реэкспертизе, составляет:  1) от числа первичных медико-экономических экспертиз не менее:  3% - при оказании медицинской помощи вне медицинской организации;  0,8% - при оказании медицинской помощи амбулаторно;  8% - при оказании медицинской помощи стационарно;  8% - при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара;  2) от числа первичных экспертиз качества медицинской помощи не менее:  1,5% - при оказании медицинской помощи вне медицинской организации;  0,5% - при оказании медицинской помощи амбулаторно;  5% - при оказании медицинской помощи стационарно;  3% - при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара.  В течение календарного года реэкспертиза проводится по принятым всеми страховыми медицинскими организациями к оплате случаям оказания медицинской помощи во всех медицинских организациях. |
| 44. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования направляет оформленные актом ([приложение 7](#P964) к настоящему Порядку) результаты проведения реэкспертизы в страховую медицинскую организацию и медицинскую организацию в срок не позднее 20 рабочих дней после окончания проверки.  Страховая медицинская организация и медицинская организация обязаны рассмотреть указанные акты в течение 20 рабочих дней с момента их получения. | 61. Территориальный фонд направляет результаты проведения реэкспертизы, оформленные независимо от основания ее проведения актом повторной медико-экономической экспертизы (актом повторной экспертизы качества медицинской помощи) с приложением, являющемся неотъемлемой частью акта (приложение 4 к настоящему Порядку) в страховую медицинскую организацию и медицинскую организацию в срок не позднее двадцати рабочих дней после окончания проверки.  При этом общий срок от даты получения необходимой документации согласно пункту 59 настоящего Порядка до направления акта повторной медико-экономической экспертизы (акт повторной экспертизы качества медицинской помощи) страховым медицинским организациям и медицинским организациям не может превышать сорока рабочих дней.  Страховая медицинская организация и медицинская организация рассматривают указанные в настоящем пункте акты в течение десяти рабочих дней с даты их получения от территориального фонда. |
| 45. Страховая медицинская организация и медицинская организация в случае отсутствия согласия с результатами проведенной реэкспертизы направляют в территориальный фонд обязательного медицинского страхования подписанный акт с протоколом разногласий не позже 10 рабочих дней с даты получения акта.  Территориальный фонд обязательного медицинского страхования в течение 30 рабочих дней с даты получения рассматривает акт с протоколом разногласий с привлечением заинтересованных сторон. | 62. Страховая медицинская организация и медицинская организация в случае отсутствия согласия с результатами проведенной реэкспертизы направляют в территориальный фонд подписанный акт с протоколом разногласий не позднее десяти рабочих дней с даты получения акта.  63. Территориальный фонд в течение тридцати рабочих дней с даты получения рассматривает акт с протоколом разногласий с привлечением страховой медицинской организации и медицинской организации. |
| 46. В соответствии с [частью 14 статьи 38](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD6EFD3D6E42F2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332E865A57845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) Федерального закона территориальный фонд обязательного медицинского страхования в случае выявления нарушений договорных обязательств со стороны страховой медицинской организации при возмещении ей затрат на оплату медицинской помощи уменьшает платежи на сумму выявленных нарушений или неисполненных договорных обязательств.  Перечень санкций за нарушения договорных обязательств устанавливается договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключаемым между территориальным фондом обязательного медицинского страхования и страховой медицинской организацией.  В соответствии с указанным договором в случае выявления нарушений в деятельности страховой медицинской организации территориальный фонд обязательного медицинского страхования использует меры, применяемые к страховой медицинской организации в соответствии с [частью 13 статьи 38](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD6EFD3D6E42F2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332E865A67845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) Федерального закона и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и признает применяемые страховой медицинской организацией к медицинской организации меры необоснованными. | 64. В соответствии с [частью 14 статьи 38](consultantplus://offline/ref=6E32F7FF66556E3B8798076800B288CAB1A20C2536D6617FC615341EC4BEB45ED66B50EC6DEB4C81FD1801864BD092CC1FB831D8A77DFBS655P) Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» территориальный фонд в случае выявления нарушений договорных обязательств со стороны страховой медицинской организации при возмещении ей затрат на оплату медицинской помощи уменьшает платежи на сумму выявленных нарушений или неисполненных договорных обязательств.  65. Перечень санкций, применяемых территориальным фондом к страховой медицинской организации, за нарушения договорных обязательств устанавливается договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключаемым между территориальным фондом и страховой медицинской организацией.  В случае выявления нарушений в деятельности страховой медицинской организации территориальный фонд применяет меры в соответствии с [частью 13 статьи 38](consultantplus://offline/ref=6E32F7FF66556E3B8798076800B288CAB1A20C2536D6617FC615341EC4BEB45ED66B50EC6DEB4C82FD1801864BD092CC1FB831D8A77DFBS655P) Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. |
| 47. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования при выявлении нарушений в организации и проведении медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи направляет в страховую медицинскую организацию претензию, которая содержит сведения о проведенном контроле за деятельностью страховой медицинской организации:  а) наименование комиссии территориального фонда обязательного медицинского страхования;  б) дату (период) проверки страховой медицинской организации;  в) состав комиссии территориального фонда обязательного медицинского страхования;  г) нормативные правовые акты, являющиеся основанием для проведения контроля за деятельностью страховой медицинской организации по организации и проведению контроля и причины проведения контроля;  д) факты ненадлежащего выполнения страховой медицинской организацией договорных обязательств по организации и проведению контроля с указанием актов реэкспертизы;  е) меру ответственности страховой медицинской организации за выявленные нарушения;  ж) приложения (копии актов реэкспертизы и другое).  Претензия подписывается директором территориального фонда обязательного медицинского страхования.  Исполнение по претензии осуществляется в течение 30 рабочих дней с даты ее получения страховой медицинской организацией, о чем информируется территориальный фонд обязательного медицинского страхования. | 66. Территориальный фонд при выявлении нарушений в организации и проведении медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи направляет в страховую медицинскую организацию претензию, которая содержит следующие сведения о проведенном контроле за деятельностью страховой медицинской организации:  1) наименование комиссии территориального фонда;  2) дату (период) проверки страховой медицинской организации;  3) состав комиссии территориального фонда;  4) основание для проведения контроля;  5) выявленные по результатам реэкспертизы факты неисполнения страховой медицинской организацией договорных обязательств по организации и проведению контроля;  6)  ответственность страховой медицинской организации за выявленные нарушения;  7) приложения (копии актов повторной медико-экономической экспертизы/ повторной экспертизы качества медицинской помощи).  Претензия подписывается директором территориального фонда.  Рассмотрение претензии и информирование территориального фонда о результатах ее рассмотрения осуществляется страховой медицинской организацией в течение тридцати рабочих дней с даты получения претензии. |
| 48. В случае выявления территориальным фондом обязательного медицинского страхования при проведении реэкспертизы нарушений, пропущенных страховой медицинской организацией в ходе медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи, страховая медицинская организация утрачивает право использования мер, применяемых к медицинской организации, по своевременно не обнаруженному дефекту медицинской помощи и/или нарушению при оказании медицинской помощи. | 67. В случае выявления территориальным фондом при проведении реэкспертизы нарушений, не выявленных страховой медицинской организацией в ходе медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи, страховая медицинская организация утрачивает право использования мер, применяемых к медицинской организации, по своевременно не выявленному нарушению при оказании медицинской помощи. |
| 49. Средства в сумме, определенной актом реэкспертизы, возвращаются медицинской организацией в доход бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования. К страховой медицинской организации применяются санкции в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. | 68. Средства в размере санкций, применяемых к медицинской организации в соответствии со статьей 41 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» по результатам повторной медико-экономической экспертизы/экспертизы качества медицинской помощи, используются в соответствии со статьей 26 и частью 1 статьи 28 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». |
| 50. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования проводит анализ обращений застрахованных лиц, их представителей и других субъектов обязательного медицинского страхования по результатам контроля, проводимого страховой медицинской организацией. | 69. Территориальный фонд проводит анализ обращений застрахованных лиц, их представителей и других субъектов обязательного медицинского страхования по результатам контроля, проводимого страховой медицинской организацией. |
| **VII. Взаимодействие субъектов контроля** | |
| 51. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования осуществляет координацию взаимодействия субъектов контроля на территории субъекта Российской Федерации, проводит организационно-методическую работу, обеспечивающую функционирование контроля и защиту прав застрахованных лиц, согласовывает планы деятельности страховых медицинских организаций в части организации и проведения контроля, в том числе планы проверок страховыми медицинскими организациями медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по договорам на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.  В планы деятельности страховых медицинских организаций в части организации и проведения контроля, в том числе в планы проверок страховыми медицинскими организациями медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по договорам на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в течение года по согласованию с территориальным фондом обязательного медицинского страхования могут вноситься изменения и дополнения. | 70. Территориальный фонд осуществляет координацию взаимодействия субъектов контроля на территории субъекта Российской Федерации, проводит организационно-методическую работу, обеспечивающую функционирование контроля и защиту прав застрахованных лиц, согласовывает планы деятельности страховых медицинских организаций в части организации и проведения контроля, в том числе планы контроля страховыми медицинскими организациями медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по договорам на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, с учетом результатов анализа обращений застрахованных лиц в страховые медицинские организации и территориальный фонд, опросов об удовлетворенности застрахованных лиц оказанной медицинской помощью.  В планы деятельности страховых медицинских организаций в части организации и проведения контроля, в том числе в планы контроля страховыми медицинскими организациями медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по договорам на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в течение года по согласованию с территориальным фондом могут вноситься изменения и дополнения. |
|  | 71. Взаимодействие субъектов контроля осуществляется в том числе на основе информационного ресурса территориального фонда в целях информационного сопровождения застрахованных лиц и интегрированного с информационными системами территориального фонда по персонифицированному учету сведений о застрахованных лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, работающего круглосуточно в режиме реального времени, к которому получают доступ и используют информацию, размещенную на указанном ресурсе, страховые медицинские организации, в том числе страховые представители, и медицинские организации.  При помощи информационного ресурса территориального фонда обеспечивается в том числе проведение страховыми медицинскими организациями контроля:  1) своевременности включения в группу диспансерного наблюдения застрахованных лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение, а также соблюдения установленной периодичности осмотров граждан, включенных в группы диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований;  2) правильности направления застрахованных лиц в медицинские организации, оснащенные по профилю в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, а также информирование застрахованных лиц об их праве на выбор медицинской организации и перевод в случаях непрофильной госпитализации в другую медицинскую организацию (структурное подразделение медицинской организации), профиль и оснащение которой(ого) соответствуют порядкам оказания медицинской помощи;  3) соблюдения сроков ожидания застрахованными лицами медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, в том числе сроков ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов, с учетом результатов опросов застрахованных лиц об удовлетворенности оказанной медицинской помощью. |
| 52. При проведении медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи медицинская организация предоставляет специалистам-экспертам и экспертам качества медицинской помощи в течение 5 рабочих дней после получения соответствующего запроса медицинскую, в том числе в электронном виде при использовании электронной медицинской карты, учетно-отчетную и прочую документацию, при необходимости результаты внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи. | 72. При проведении медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи медицинская организация предоставляет специалистам-экспертам и экспертам качества медицинской помощи в течение пяти рабочих дней после получения соответствующего запроса медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа (при наличии), учетно-отчетную документацию, результаты внутреннего и ведомственного (при наличии) контроля качества и безопасности медицинской деятельности. |
| 53. В соответствии с [частью 8 статьи 40](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD6EFD3D6E42F2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332E96EA17845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) Федерального закона медицинская организация не вправе препятствовать доступу специалистов-экспертов и экспертов качества медицинской помощи к материалам, необходимым для проведения медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи и обязана предоставлять запрашиваемую информацию. | 73. В соответствии с [частью 8 статьи 40](consultantplus://offline/ref=6E32F7FF66556E3B8798076800B288CAB1A20C2536D6617FC615341EC4BEB45ED66B50EC6DEA4785FD1801864BD092CC1FB831D8A77DFBS655P) 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. |
| 54. Работники, участвующие в осуществлении контроля, несут ответственность за разглашение конфиденциальной информации [ограниченного доступа](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FDCEDDDD8E2217939B42CBDBB6B6CEF5A97C78BA9F02CEC6AB97111A820n2M) в соответствии с законодательством Российской Федерации. | 74. Работники, участвующие в осуществлении контроля, несут ответственность за разглашение конфиденциальной информации ограниченного доступа в соответствии с законодательством Российской Федерации и за сохранность медицинской документации, прочих материалов, полученных для осуществления контроля на время его проведения. |
| 55. На основании [статьи 42](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD6EFD3D6E42F2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332E96FA27845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) Федерального закона решение спорных и конфликтных вопросов, возникающих в ходе контроля между медицинской организацией и страховой медицинской организацией осуществляется территориальным фондом обязательного медицинского страхования.  О результатах решения спорных и конфликтных вопросов, о нарушениях в организации и проведении контроля, в оказании медицинской помощи в медицинской организации комиссия информирует заинтересованные стороны и орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения. | 75. На основании [статьи 42](consultantplus://offline/ref=6E32F7FF66556E3B8798076800B288CAB1A20C2536D6617FC615341EC4BEB45ED66B50EC6DEA4686FD1801864BD092CC1FB831D8A77DFBS655P) 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** | |
| 56. Отчеты о результатах проведенного контроля предоставляются страховыми медицинскими организациями в территориальный фонд обязательного медицинского страхования.  Страховая медицинская организация и территориальный фонд обязательного медицинского страхования ведут учет актов контроля.  Учетными документами могут являться реестры актов медико-экономического контроля ([приложение 2](#P536) к настоящему Порядку), медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.  Результаты контроля в форме актов в течение 5 рабочих дней передаются в медицинскую организацию.  Возможно ведение электронного документооборота между субъектами контроля с использованием электронно-цифровой подписи. | 76. Отчеты о результатах проведенного контроля предоставляются страховыми медицинскими организациями в территориальный фонд.  Страховая медицинская организация и территориальный фонд ведут учет актов контроля.  Результаты проведенного медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, в том числе в рамках контроля территориального фонда за деятельностью страховых медицинских организаций, в целях создания условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования направляются в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья и территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения.  Учетными документами являются реестры актов медико-экономического контроля ([приложение](#P536) 5 к настоящему Порядку), реестры актов медико-экономической экспертизы ([приложение](#P536) 6 к настоящему Порядку) и акты экспертизы качества медицинской помощи.  Результаты контроля в форме актов в течение пяти рабочих дней передаются в медицинскую организацию.  Возможно ведение электронного документооборота между субъектами контроля с использованием электронной подписи. |
| 57. В случае, когда акт доставляется в медицинскую организацию лично представителем страховой медицинской организации/территориального фонда обязательного медицинского страхования, на всех экземплярах акта ставится отметка о получении с указанием даты и подписью получателя. При отправке акта по почте, указанный документ направляется заказным письмом (с составлением описи) с уведомлением.  Акт может быть направлен в медицинскую организацию в электронной форме при наличии гарантий его достоверности (подлинности), защиты от несанкционированного доступа и искажений.  Медицинская организация уведомляет территориальный фонд обязательного медицинского страхования в случае непредставления страховой медицинской организацией акта в установленный срок. | 77. В случае, когда акт доставляется в медицинскую организацию лично представителем страховой медицинской организации/территориального фонда, на всех экземплярах акта ставится отметка о получении с указанием даты и подписью получателя. При отправке акта по почте, указанный документ направляется заказным письмом (с составлением описи) с уведомлением.  Акт может быть направлен в медицинскую организацию в электронной форме при наличии гарантий его достоверности (подлинности), защиты от несанкционированного доступа и искажений.  Медицинская организация уведомляет территориальный фонд в случае непредставления страховой медицинской организацией акта в срок, установленный пунктом 76 настоящего Порядка. |
| 58. Руководитель медицинской организации или лицо, его замещающее, рассматривает акт в течение 15 рабочих дней с момента его получения.  При согласии медицинской организации с актом и мерами, применяемыми к медицинской организации, все экземпляры актов подписываются руководителем медицинской организации, заверяются печатью, и один экземпляр с планом мероприятий по устранению нарушений в оказании медицинской помощи, выявленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи, направляется в страховую медицинскую организацию/территориальный фонд обязательного медицинского страхования.  При несогласии медицинской организации с актом, подписанный акт возвращается в страховую медицинскую организацию с протоколом разногласий.  Страховая медицинская организация рассматривает протокол разногласий в течение 10 рабочих дней с момента его получения и направляет в медицинскую организацию результаты рассмотрения протокола. | 78. Руководитель медицинской организации или лицо, его замещающее, рассматривает акт в течение пятнадцати рабочих дней с момента его получения.  При согласии медицинской организации с актом и мерами, применяемыми к медицинской организации, все экземпляры актов подписываются руководителем медицинской организации, заверяются печатью, и один экземпляр с планом мероприятий по устранению нарушений в оказании медицинской помощи, выявленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи, направляется в страховую медицинскую организацию/территориальный фонд.  При несогласии медицинской организации с актом, подписанный акт возвращается в страховую медицинскую организацию с протоколом разногласий в течение пятнадцати рабочих дней после получения актов экспертиз.  В случае отказа руководителя медицинской организации от получения второго экземпляра акта контроля на всех экземплярах акта производится отметка «от получения (приема) второго экземпляра акта отказался» с указанием должности, фамилии, имени, отчества (при наличии) руководителя медицинской организации, которая удостоверяется подписями представителей страховой медицинской организации/территориального фонда.  В случае отказа руководителя медицинской организации от получения экземпляра акта контроля второй экземпляр направляется руководителю медицинской организации заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении не позднее рабочего дня, следующего за датой завершения проверки.  В случае направления акта контроля заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении сопроводительное письмо о направлении акта, квитанция к заказному почтовому отправлению и уведомление о вручении (их копии) прилагаются к акту (за исключением первого экземпляра акта) и являются его неотъемлемой частью.  Страховая медицинская организация рассматривает протокол разногласий в течение десяти рабочих дней с момента его получения и направляет в медицинскую организацию результаты рассмотрения протокола.  В случае не направления медицинской организацией протокола разногласий в срок, установленный абзацем 3 настоящего пункта, медицинская организация вправе оспорить результаты контроля исключительно в судебном порядке. |
| 59. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования на основе анализа деятельности субъектов контроля разрабатывает предложения, способствующие повышению качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов обязательного медицинского страхования и информирует орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения и территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития. |  |
| 60. В соответствии со [статьей 31](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD6EFD3D6E42F2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332EF6FA17845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) Федерального закона предъявление претензии или иска к лицу, причинившему вред здоровью застрахованного лица, в порядке возмещения расходов на оплату оказанной медицинской помощи страховой медицинской организацией осуществляется на основании результатов проведения экспертизы качества медицинской помощи, оформленных соответствующим актом. | 79. В соответствии со [статьей 31](consultantplus://offline/ref=6E32F7FF66556E3B8798076800B288CAB1A20C2536D6617FC615341EC4BEB45ED66B50EC6DEC4685FD1801864BD092CC1FB831D8A77DFBS655P) Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» предъявление претензии или иска к лицу, причинившему вред здоровью застрахованного лица, в порядке возмещения расходов на оплату оказанной медицинской помощи страховой медицинской организацией осуществляется на основании результатов проведения экспертизы качества медицинской помощи, оформленных актом. |
| **IX. Порядок информирования застрахованных лиц**  **о выявленных нарушениях в предоставлении медицинской помощи**  **по территориальной программе обязательного**  **медицинского страхования** | |
| 61. В целях обеспечения прав на получение доступной и качественной медицинской помощи застрахованные лица информируются медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями, территориальными фондами обязательного медицинского страхования о выявленных нарушениях в предоставлении медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования, в том числе по результатам контроля. | 80. В целях обеспечения прав на получение доступной и качественной медицинской помощи страховые медицинские организации, территориальные фонды информируют застрахованных лиц при их обращении о выявленных нарушениях в оказании медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования, в том числе по результатам контроля. |
| 62. Работа с обращениями граждан в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования, территориальных фондах обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организациях проводится в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD6EFD0D8E02A2433BC75B1B96C63B05F82D6D3A5F231F26CA16D13A90A2CnBM) от 2 мая 2006 года N 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации" и иными нормативными правовыми актами, регламентирующими работу с обращениями граждан. |  |
| 63. При поступлении в страховую медицинскую организацию или территориальный фонд обязательного медицинского страхования жалобы застрахованного лица или его представителя на оказание медицинской помощи ненадлежащего качества результаты рассмотрения жалобы по итогам экспертизы качества медицинской помощи направляются в его адрес. | 81. При поступлении в страховую медицинскую организацию или территориальный фонд жалобы застрахованного лица или его представителя на оказание медицинской помощи ненадлежащего качества результаты рассмотрения жалобы по итогам экспертизы качества медицинской помощи направляются в его адрес. |
| 64. В страховых медицинских организациях, организующих службу представителей страховых медицинских организаций по осуществлению в медицинских организациях, участвующих в реализации программ обязательного медицинского страхования, работы по защите прав и законных интересов застрахованных лиц, представители страховых медицинских организаций принимают участие в подготовке и размещении информационных материалов по защите прав застрахованных лиц и результатам контроля, а также обеспечивают получающих в медицинских организациях медицинскую помощь застрахованных лиц информационно-разъяснительными материалами по вопросам их прав. | 82. Страховые медицинские организации размещают в медицинских организациях информационные материалы о правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе по результатам контроля. |
| **X. Порядок применения санкций к медицинской организации**  **за нарушения, выявленные в ходе контроля** | |
| 65. На основании [части 1 статьи 41](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD6EFD3D6E42F2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332E96FA57845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) Федерального закона сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с настоящим Порядком. | 84. На основании [части 1 статьи 41](consultantplus://offline/ref=6E32F7FF66556E3B8798076800B288CAB1A20C2536D6617FC615341EC4BEB45ED66B50EC6DEA4681FD1801864BD092CC1FB831D8A77DFBS655P) Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, удерживается в размерах, установленных методикой исчисления размеров неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшения оплаты медицинской помощи (приложение 8 к настоящему Порядку). |
| 66. Результатом контроля в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) являются:  а) неоплата или уменьшение оплаты медицинской помощи в виде:  исключения позиции из реестра счетов, подлежащих оплате объемов медицинской помощи;  уменьшения сумм, представленных к оплате, в процентах от стоимости оказанной медицинской помощи по страховому случаю;  возврата сумм, не подлежащих оплате, в страховую медицинскую организацию;  б) уплата медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества. | 85. Результатом контроля в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) являются следующие санкции, применяемые к медицинским организациям:  1) неоплата или уменьшение оплаты медицинской помощи в виде:  исключения позиции из реестра счетов, подлежащих оплате объемов медицинской помощи;  уменьшения сумм, представленных к оплате, в процентах от стоимости оказанной медицинской помощи по страховому случаю;  возврата сумм, не подлежащих оплате, в страховую медицинскую организацию;  2) уплата медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.  Нарушения при оказании медицинской помощи:  1) нарушение условий оказания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке застрахованным лицам (выявляются страховыми медицинскими организациями в случае несоблюдения медицинскими организациями условий договора на оказание и оплату медицинской помощи, [порядков](consultantplus://offline/ref=1E734BEBE42D1B8DBFB25B182D25CDF9E094382B4BC6346A078EF1B27B903EF8E56AFA1EB779AD13BEA55797tDV8P) оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций), в том числе сроков ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, включая сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов);  2) нарушение врачебной этики и деонтологии медицинскими работниками при несоблюдении ими принятых этических норм и принципов поведения при выполнении своих профессиональных обязанностей;  3) невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых или выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с [порядками](consultantplus://offline/ref=1E734BEBE42D1B8DBFB25B182D25CDF9E094382B4BC6346A078EF1B27B903EF8E56AFA1EB779AD13BEA55797tDV8P) оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи или преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта, устанавливаемое при полном или частичном несоответствии оказанной застрахованному лицу медицинской помощи, в том числе не учитывающие состояние здоровья застрахованного лица;  4) нарушение преемственности при оказании медицинской помощи, необоснованная или непрофильная госпитализация застрахованного лица (выявляется страховой медицинской организацией при несоблюдении медицинской организацией [порядков](consultantplus://offline/ref=1E734BEBE42D1B8DBFB25B182D25CDF9E094382B4BC6346A078EF1B27B903EF8E56AFA1EB779AD13BEA55797tDV8P) 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 данного виду работ (услуг);  5) отсутствие объективных причин непредставления медицинской документации, подтверждающей оказание застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации (за исключением: изъятия документации уполномоченными органами, наличия письменного запроса от застрахованного лица (представителя) о выдаче медицинской документации, с предоставлением специалисту-эксперту/эксперту качества медицинской помощи возможности ознакомления с документами, являющимися основаниями для изъятия указанной документации);  6) нарушения оформления первичной медицинской документации, затрудняющие работу с документацией, препятствующие проведению медико-экономической экспертизы и(или) экспертизы качества медицинской помощи и создающие невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи. |
| 67. Неоплата или уменьшение оплаты медицинской помощи и уплата медицинской организацией штрафов в соответствии с [подпунктом б) пункта 66](#P307) настоящего раздела в зависимости от вида выявленных дефектов медицинской помощи и/или нарушений при оказании медицинской помощи могут применяться раздельно или одновременно с учетом результатов рассмотрения протокола разногласия (при наличии) по [пункту 58](#P279) и по [пункту 74](#P353) (при наличии) настоящего Порядка.  Дефекты медицинской помощи и/или нарушения при оказании медицинской помощи:  дефекты, связанные с нарушением условий оказания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке застрахованным лицам (выявляются страховыми медицинскими организациями в случае несоблюдения медицинскими организациями положений законодательства Российской Федерации, [порядков](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD4EAD5D7E32B2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332EC6CA47845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) оказания медицинской помощи, договора на оказание и оплату медицинской помощи, регламентирующих данные условия (в том числе сроки и доступность плановой помощи, маршрутизации при наличии показаний к госпитализации)), превышение установленного времени доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме;  дефекты, связанные с причинением вреда здоровью застрахованным лицам (при ухудшении состояния здоровья, выражающемся в телесных повреждениях, заболеваниях, патологических состояниях, возникших в результате действия механических, физических, химических, биологических, психических и иных факторов внешней среды, а также бездействии в том случае, если оно повлекло ухудшение состояния здоровья);  доказанные в установленном законодательством Российской Федерации порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации при несоблюдении ими принятых этических норм и принципов поведения медицинских работников при выполнении своих профессиональных обязанностей;  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](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD4EAD5D7E32B2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332EC6CA47845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) оказания медицинской помощи, [стандартами](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD4EAD5D7E32B2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332EC6CA27845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) медицинской помощи и (или) [клиническими рекомендациями](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD4EAD5D7E32B2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332ED6EA47845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи или преждевременным с клинической точки зрения прекращением проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта, устанавливается при полном или частичном несоответствии (как в сторону уменьшения, так и превышения) оказанной застрахованному лицу медицинской помощи обязательным требованиям, предусмотренным законодательством Российской Федерации, нормативными правовыми актами федеральных органов исполнительной власти, а также произведенные без учета состояния здоровья пациента (информации о наличии противопоказаний или индивидуальных показаний, данных анамнеза);  нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении, необоснованная или непрофильная госпитализация застрахованного лица (выявляется страховой медицинской организацией при нарушении медицинской организацией [порядков](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD4EAD5D7E32B2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332EC6CA47845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) оказания медицинской помощи и установленных критериев госпитализации, включая отсутствие медицинских показаний для пребывания пациента в условиях круглосуточного стационара для проведения лечебных и диагностических мероприятий или госпитализация в медицинскую организацию или отделение, не имеющие соответствующей лицензии на оказание данного вида помощи (выполнение технологии));  развитие ятрогенного заболевания (выявляется при ухудшении состояния здоровья человека или возникновении нового заболевания, обусловленном неблагоприятными последствиями любых медицинских воздействий);  отсутствие объективных причин непредставления первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации (за исключением: изъятия документации уполномоченными органами, наличия официального запроса от застрахованного лица (представителя), оформленного в установленном законодательством Российской Федерации порядке);  дефекты оформления первичной медицинской документации, затрудняющие работу с документацией, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи и создающие невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи (выявляется страховой медицинской организацией при нарушении медицинской организацией правил оформления медицинской документации). | 86. Неоплата или уменьшение оплаты медицинской помощи и уплата медицинской организацией штрафов в соответствии с пунктом 85 настоящего Порядка в зависимости от вида выявленных нарушений при оказании медицинской помощи могут применяться раздельно или одновременно с учетом результатов рассмотрения страховой медицинской организацией протокола разногласий, предусмотренного пунктом 78 настоящего Порядка (при наличии), и рассмотрения территориальным фондом претензии медицинской организации, предусмотренной пунктом 91 настоящего Порядка (при наличии). |
| 68. При выявлении нарушений договорных обязательств в отношении объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи страховая медицинская организация частично или полностью не возмещает затраты медицинской организации по оказанию медицинской помощи, уменьшая последующие платежи по счетам медицинской организации на сумму выявленных дефектов медицинской помощи и/или нарушений при оказании медицинской помощи или требует возврата сумм в страховую медицинскую организацию.  Сумма, не подлежащая оплате по результатам контроля, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, либо подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. | 87. При выявлении нарушений договорных обязательств в отношении объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи страховая медицинская организация частично или полностью не возмещает затраты медицинской организации по оказанию медицинской помощи, уменьшая последующие платежи по счетам медицинской организации на сумму выявленных нарушений при оказании медицинской помощи или требует возврата сумм в страховую медицинскую организацию. |
| 69. За неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества медицинская организация уплачивает штраф в соответствии с перечнем оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи ([приложение 8](#P1105) к настоящему Порядку) на основании предписания, содержащего:  а) заголовочную часть (номер и дата предписания, место вынесения, наименование организации, проводившей контроль, и медицинской организации, в отношении которой применяется штраф);  б) содержательную часть (основание для применения к медицинской организации штрафа в соответствии с нормативными правовыми актами в сфере обязательного медицинского страхования, номера и даты актов контроля);  в) предписывающую часть (код дефекта медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи в соответствии с [приложением 8](#P1105) к настоящему Порядку, размер и срок уплаты штрафа);  г) заключительную часть (информирование о возможности обжалования предписания в соответствии с законодательством Российской Федерации, подпись руководителя (заместителя руководителя) организации, проводившей контроль). | 88. Уплата медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в соответствии с перечнем оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи ([приложение 8](#P1104) к настоящему Порядку) осуществляется на основании решения страховой медицинской организации/территориального фонда, содержащего:  1) заголовочную часть (номер и дата решения, наименование организации, проводившей контроль, и медицинской организации, в отношении которой применяется штраф);  2) содержательную часть (основание для применения к медицинской организации штрафа, номера и даты актов контроля);  3) предписывающую часть (код нарушения при оказании медицинской помощи в соответствии с [приложением 8](#P1104) к настоящему Порядку, размер и срок уплаты штрафа);  4) заключительную часть (информирование о возможности обжалования решения в соответствии с разделом XI настоящего Порядка, подпись руководителя (заместителя руководителя) организации, проводившей контроль).  Решение страховой медицинской организации/территориального фонда об уплате медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества передается медицинской организации одновременно с актом контроля в сроки, установленные пунктом 76 настоящего Порядка. |
| 70. При наличии в одном и том же случае оказания медицинской помощи двух и более оснований для отказа в оплате медицинской помощи или уменьшения оплаты медицинской помощи к медицинской организации применяется одно - наиболее существенное основание, влекущее больший размер неоплаты, или отказ в оплате. Суммирование размера неполной оплаты медицинских услуг по одному страховому случаю не производится. | 89. При наличии в одном и том же случае оказания медицинской помощи двух и более оснований для отказа в оплате медицинской помощи или уменьшения оплаты медицинской помощи к медицинской организации применяется одно - наиболее существенное основание, влекущее больший размер неоплаты, или отказ в оплате. Суммирование размера неполной оплаты медицинских услуг по одному случаю оказания медицинской помощи не производится. |
| 71. Неоплата или неполная оплата медицинской помощи, а также уплата медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества не освобождает медицинскую организацию от возмещения застрахованному лицу вреда, причиненного по вине медицинской организации, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. | 90. Неоплата или неполная оплата медицинской помощи, а также уплата медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества не освобождает медицинскую организацию от возмещения застрахованному лицу вреда, причиненного по вине медицинской организации, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. |
| 72. Средства, поступившие в результате применения санкций к медицинской организации за нарушения, выявленные в ходе контроля, расходуются в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD6EFD3D6E42F2433BC75B1B96C63B05F82D6D3A5F231F26CA16D13A90A2CnBM). | 91. Средства, поступившие в результате применения санкций к медицинской организации за нарушения, выявленные в ходе контроля, расходуются в соответствии с частью 6(3) статьи 26 и статьей 28 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». |
| **XI. Обжалование медицинской организацией**  **заключения страховой медицинской организации**  **по результатам контроля** | |
| 73. В соответствии со [статьей 42](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD6EFD3D6E42F2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332E96FA27845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) Федерального закона медицинская организация имеет право обжаловать заключение страховой медицинской организации по результатам контроля в течение 15 рабочих дней со дня получения актов страховой медицинской организации путем направления претензии в территориальный фонд обязательного медицинского страхования по рекомендуемому образцу ([приложение 9](#P1330) к настоящему Порядку).  Претензия оформляется в письменном виде и направляется вместе с необходимыми материалами в территориальный фонд обязательного медицинского страхования. Медицинская организация обязана предоставить в территориальный фонд обязательного медицинского страхования:  а) обоснование претензии;  б) перечень вопросов по каждому оспариваемому случаю;  в) материалы внутреннего контроля по оспариваемому случаю.  К претензии прилагаются результаты ведомственного контроля качества медицинской помощи (при наличии). | 92. В соответствии со [статьей 42](consultantplus://offline/ref=6E32F7FF66556E3B8798076800B288CAB1A20C2536D6617FC615341EC4BEB45ED66B50EC6DEA4686FD1801864BD092CC1FB831D8A77DFBS655P) Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» медицинская организация имеет право обжаловать заключение страховой медицинской организации по результатам контроля в течение пятнадцати рабочих дней со дня получения актов страховой медицинской организации путем направления в территориальный фонд письменной претензии по форме, согласно приложению 7 к настоящему Порядку.  К претензии в обязательном порядке прилагаются:  1) обоснование претензии;  2) перечень вопросов по каждому оспариваемому случаю;  3) материалы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности по оспариваемому случаю.  К претензии прилагаются результаты ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности (при наличии).  В случае первичного направления медицинской организацией в страховую медицинскую организацию протокола разногласий к акту, подписанному с возражениями, указанный в настоящем пункте срок обжалования заключения страховой медицинской организации по результатам контроля исчисляется со дня получения от страховой медицинской организации результатов рассмотрения протокола возражений. |
| 74. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования в течение 30 рабочих дней с даты поступления претензии рассматривает поступившие от медицинской организации документы и организует проведение повторных медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, которые в соответствии с [частью 4 статьи 42](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD6EFD3D6E42F2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332E96FAE7845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) Федерального закона оформляются решением территориального фонда. | 93. Территориальный фонд в течение тридцати рабочих дней с даты поступления претензии рассматривает поступившие от медицинской организации документы и организует проведение повторных медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, которые в соответствии с [частью 4 статьи 42](consultantplus://offline/ref=6E32F7FF66556E3B8798076800B288CAB1A20C2536D6617FC615341EC4BEB45ED66B50EC6DEA468AFD1801864BD092CC1FB831D8A77DFBS655P) Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» оформляются решением территориального фонда с представлением в соответствии с пунктом 61 настоящего Порядка акта реэкспертизы и/или экспертного заключения.  По результатам реэкспертизы территориальный фонд в течение десяти рабочих дней после оформления акта повторного контроля принимает решение, в том числе с учетом письменно выраженной позиции страховой медицинской организации (при наличии), и направляет результаты рассмотрения в форме соответствующих актов и решения, подписанного руководителем, в страховую медицинскую организацию и медицинскую организацию. |
| 75. Решение территориального фонда обязательного медицинского страхования, признающее правоту медицинской организации, является основанием для отмены (изменения) решения о неоплате, неполной оплате медицинской помощи и/или об уплате медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам первичной медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи.  Территориальный фонд обязательного медицинского страхования направляет решение по результатам реэкспертизы в страховую медицинскую организацию и в медицинскую организацию, направившую претензию в территориальный фонд обязательного медицинского страхования.  Изменение финансирования по результатам рассмотрения спорных случаев проводится страховой медицинской организацией в срок не позднее 30 рабочих дней (в период окончательного расчета с медицинской организацией за отчетный период). | 94. Решение территориального фонда, признающее правоту медицинской организации, доведенное до страховой медицинской организации в сроки, установленные пунктом 61 настоящего Порядка, является основанием для отмены (изменения) решения о неоплате, неполной оплате медицинской помощи и/или об уплате медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам первичной медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи.  Изменение финансирования по результатам рассмотрения спорных случаев проводится страховой медицинской организацией в срок не позднее тридцати рабочих дней (в период окончательного расчета с медицинской организацией за отчетный период). |
| 76. При несогласии медицинской организации с решением территориального фонда она вправе обжаловать это решение в судебном порядке. | 95. 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** | |
| 77. Организация территориальным фондом обязательного медицинского страхования контроля при осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования осуществляется в соответствии с [разделами III](#P58) - [V](#P121) настоящего Порядка.  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. | 96. Организация территориальным фондом контроля при осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, осуществляется в соответствии с [разделами III](#P58) - [V](#P121) настоящего Порядка.  97. При несогласии территориального фонда по месту страхования с результатами медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи, территориальные фонды по месту страхования и месту оказания медицинской помощи выбирают кандидатуру специалиста-эксперта и/или эксперта качества медицинской помощи для проведения по поручению территориального фонда по месту оказания медицинской помощи соответствующей экспертизы. |
|  | 98. В случае отсутствия согласованной кандидатуры специалиста-эксперта и/или эксперта качества медицинской помощи территориальный фонд по месту страхования назначает специалиста-эксперта и/или эксперта качества медицинской помощи. |
| **XIII. Работники, осуществляющие медико-экономическую**  **экспертизу и экспертизу качества медицинской помощи** | |
| 78. В соответствии с [частью 5 статьи 40](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD6EFD3D6E42F2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332E96EA47845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) Федерального закона медико-экономическую экспертизу осуществляет специалист-эксперт, являющийся врачом, имеющим стаж работы по врачебной специальности не менее пяти лет и прошедшим соответствующую подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования. | 99. В соответствии с [частью 5 статьи 40](consultantplus://offline/ref=6E32F7FF66556E3B8798076800B288CAB1A20C2536D6617FC615341EC4BEB45ED66B50EC6DEA4780FD1801864BD092CC1FB831D8A77DFBS655P) 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. |
| 79. Основными задачами специалиста-эксперта являются:  а) контроль соответствия предоставленной медицинской помощи условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию путем установления соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объемов предоставленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской и учетно-отчетной документации медицинской организации;  б) участие в организации и проведении экспертизы качества медицинской помощи и обеспечении гарантий прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи надлежащего качества. | 100. Основными задачами специалиста-эксперта являются:  1) контроль соответствия оказанной застрахованному лицу медицинской помощи условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию путем установления соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объемов предоставленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской и учетно-отчетной документации медицинской организации;  2) участие в организации и проведении экспертизы качества медицинской помощи и обеспечении гарантий прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи. |
| 80. Основными функциями специалиста-эксперта являются:  а) выборочный контроль объемов медицинской помощи по страховым случаям путем сопоставления фактических данных об оказанных застрахованному лицу медицинских услугах с [порядками](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD4EAD5D7E32B2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332EC6CA47845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) оказания медицинской помощи и [стандартами](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD4EAD5D7E32B2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332EC6CA27845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) медицинской помощи, [клиническими рекомендациями](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD4EAD5D7E32B2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332ED6EA47845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи;  б) отбор случаев для экспертизы качества медицинской помощи и обоснование необходимости ее проведения, подготовка документации, необходимой эксперту качества медицинской помощи для проведения экспертизы качества медицинской помощи;  в) подготовка материалов используемой методической базы для экспертизы качества медицинской помощи ([порядки](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD4EAD5D7E32B2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332EC6CA47845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) оказания медицинской помощи и [стандарты](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD4EAD5D7E32B2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332EC6CA27845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) медицинской помощи, клинические протоколы, методические рекомендации и другое);  г) обобщение, анализ заключений, подготовленных экспертом качества медицинской помощи, участие в подготовке акта установленной формы или подготовка акта установленной формы;  д) подготовка предложений по предъявлению претензий или исков к медицинской организации по возмещению вреда, причиненного застрахованным лицам, и санкций, применяемых к медицинской организации;  е) ознакомление руководства медицинской организации с результатами медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи;  ж) обобщение и анализ результатов контроля, подготовка предложений по осуществлению целевых и тематических медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи;  з) оценка удовлетворенности застрахованных лиц организацией, условиями и качеством оказанной медицинской помощи. | 101. Основными функциями специалиста-эксперта являются:  1) выборочный контроль объемов медицинской помощи по страховым случаям путем сопоставления фактических данных об оказанных застрахованному лицу медицинских услугах в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи;  2) отбор случаев для экспертизы качества медицинской помощи и обоснование необходимости ее проведения, подготовка медицинской документации, необходимой эксперту качества медицинской помощи для проведения экспертизы качества медицинской помощи;  3) подготовка материалов для экспертизы качества медицинской помощи, в том числе порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи;  4) обобщение, анализ заключений, подготовленных экспертом качества медицинской помощи, участие в подготовке (подготовка) акта;  5) подготовка предложений по предъявлению претензий или исков к медицинской организации по возмещению вреда, причиненного застрахованным лицам, и санкций, применяемых к медицинской организации;  6) ознакомление руководителя медицинской организации с результатами медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи;  7) обобщение и анализ результатов контроля, подготовка предложений по осуществлению целевых и плановых медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи;  8) оценка удовлетворенности застрахованных лиц организацией, условиями и качеством оказанной медицинской помощи;  9) выявление случаев непрофильной госпитализации на основе сведений единого информационного ресурса территориального фонда. |
|  | 102. При организации мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи специалист-эксперт выполняет следующие основные функции:  1) формирует свод реестров счетов и счетов, предъявленных к оплате по случаям оказания медицинской помощи, по которым будет проводиться мультидисциплинарная экспертиза качества медицинской помощи, с учетом выбранного или установленного диагноза основного заболевания, а также его осложнениям и сопутствующим заболеваниям, которые могут иметь отношение к развитию основного заболевания;  2) формирует перечень медицинских организаций, подлежащих проверке в рамках мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи;  3) определяет эксперта качества медицинской помощи для руководства проведения мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи по профилю основного диагноза, с учетом его согласия, и рассматривает предложения указанного эксперта по составу экспертов качества медицинской помощи (далее – экспертная группа, руководитель экспертной группы);  3) 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;  4) проверяет наличие актов плановой или целевой экспертизы качества медицинской помощи, проведенной ранее по случаям оказания медицинской помощи, отобранным для проведения мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи;  6) запрашивает в медицинских организациях медицинскую документацию и учетно-отчетную документацию, материалы, связанные с оказанием медицинской помощи, подлежащей мультидисциплинарной экспертизе качества медицинской помощи, в том числе протоколы патологоанатомического вскрытия, заключения медико-социальной экспертизы, результаты внутреннего и ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, включая решения врачебной комиссии по результатам изучения случаев смерти застрахованного лица, (при наличии), акты экспертизы качества медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования;  7) формирует комплект материалов для проведения мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи, в том числе комплект бланков экспертных заключений;  8) готовит совместно с руководителем экспертной группы для членов экспертной группы перечень вопросов, на которые должен ответить каждый из членов экспертной группы в рамках проводимой мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи;  9) контролирует выполнение сроков мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи;  10) принимает участие в оформлении акта экспертизы качества медицинской помощи, предусмотренного приложением 3 к настоящему Порядку, и направляет его в территориальный фонд, медицинскую организацию;  11) осуществляет расчет санкций, применяемых к медицинской организации по результатам контроля;  12) обеспечивает учет и отчетность по случаям мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи.  103. При организации мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи по случаям летальных исходов вне медицинской организации специалист-эксперт в дополнение к функциям, предусмотренным пунктом 102 настоящего Порядка:  1) сопоставляет списки умерших застрахованных лиц с реестрами оказанной им и оплаченной медицинской помощи;  2) запрашивает в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь по заявлению застрахованного лица о выборе данной медицинской организации (при отсутствии заявления – по месту регистрации умершего застрахованного лица), амбулаторную медицинскую карту;  3) отбирает для проведения мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи амбулаторные медицинские карты, в которых имеются протоколы патологоанатомического вскрытия трупа умершего застрахованного. |
| 81. Экспертизу качества медицинской помощи в соответствии с [частью 7 статьи 40](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD6EFD3D6E42F2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332E96EA27845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) Федерального закона осуществляет эксперт качества медицинской помощи, являющийся врачом-специалистом, имеющим высшее профессиональное образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет и прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования, включенный в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи ([пункт 84](#P399) настоящего раздела).  Эксперт качества медицинской помощи проводит экспертизу качества медицинской помощи по своей основной медицинской специальности, определенной дипломом, свидетельством об аккредитации специалиста или сертификатом специалиста.  При проведении экспертизы качества медицинской помощи эксперт качества медицинской помощи имеет право на сохранение анонимности/конфиденциальности. | 104. Экспертизу качества медицинской помощи в соответствии с [частью 7 статьи 40](consultantplus://offline/ref=6E32F7FF66556E3B8798076800B288CAB1A20C2536D6617FC615341EC4BEB45ED66B50EC6DEA4786FD1801864BD092CC1FB831D8A77DFBS655P) Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» осуществляет эксперт качества медицинской помощи, являющийся врачом-специалистом, имеющим высшее профессиональное образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее десяти лет и прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования, из числа экспертов качества медицинской помощи, включенных в территориальные реестры экспертов качества медицинской помощи.  Экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи по специальности в соответствии со свидетельством об аккредитации специалиста или сертификатом специалиста.  При проведении экспертизы качества медицинской помощи эксперт качества медицинской помощи имеет право на сохранение анонимности/конфиденциальности. |
| 82. Основной задачей эксперта качества медицинской помощи является проведение экспертизы качества медицинской помощи с целью выявления дефектов медицинской помощи, включая оценку правильности выбора медицинской организации, степени достижения запланированного результата, установление причинно-следственных связей выявленных дефектов медицинской помощи, оформление экспертного заключения и рекомендаций по улучшению качества медицинской помощи в обязательном медицинском страховании.  Эксперт качества медицинской помощи не привлекается к экспертизе качества медицинской помощи в медицинской организации, с которой он состоит в трудовых или иных договорных отношениях, и обязан отказаться от проведения экспертизы качества медицинской помощи в случаях, когда пациент является (являлся) его родственником или больным, в лечении которого эксперт качества медицинской помощи принимал участие. | 105. Основной задачей эксперта качества медицинской помощи является проведение экспертизы качества медицинской помощи с целью выявления нарушений при оказании медицинской помощи, включая оценку правильности выбора медицинской организации, степени достижения запланированного результата, установление риска прогрессирования имеющегося заболевания, возникновения нового заболевания, оформление экспертного заключения и рекомендаций по улучшению качества медицинской помощи, оказываемой по обязательному медицинскому страхованию.  Эксперт качества медицинской помощи не привлекается к экспертизе качества медицинской помощи в медицинской организации, с которой он состоит в трудовых или иных договорных отношениях, и обязан отказаться от проведения экспертизы качества медицинской помощи в случаях, когда пациент является (являлся) его родственником или пациентом, в лечении которого эксперт качества медицинской помощи принимал участие. |
| 83. Эксперт качества медицинской помощи при проведении экспертизы качества медицинской помощи:  а) использует медицинские документы, содержащие описание лечебно-диагностического процесса, при необходимости выполняет осмотр пациентов;  б) предоставляет сведения об используемых нормативных документах (порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, клинические протоколы, методические рекомендации) по требованию должностных лиц медицинской организации, в которой проводится экспертиза качества медицинской помощи;  в) соблюдает правила врачебной этики и деонтологии, сохраняет врачебную тайну и обеспечивает сохранность полученных во временное пользование медицинских документов и их своевременный возврат организатору экспертизы качества медицинской помощи или в медицинскую организацию;  г) при проведении очной экспертизы качества медицинской помощи ([пункт 36 раздела V](#P189) настоящего Порядка) обсуждает с лечащим врачом и руководством медицинской организации предварительные результаты экспертизы качества медицинской помощи | 106. Эксперт качества медицинской помощи при проведении экспертизы качества медицинской помощи:  1) использует материалы, предусмотренные подпунктом 6 пункта 102 настоящего Порядка и подпунктом 3 пункта 103 настоящего Порядка;  2) предоставляет по требованию должностных лиц медицинской организации, в которой проводится экспертиза качества медицинской помощи, сведения об используемых нормативных документах, в том числе о порядк[ах](consultantplus://offline/ref=6E32F7FF66556E3B8798076800B288CABCA108203DD6617FC615341EC4BEB44CD6335CEE6CF14481E84E50C3S156P) оказания медицинской помощи, клинических рекомендациях, [стандартах](consultantplus://offline/ref=6E32F7FF66556E3B8798076800B288CABBA50C2132D6617FC615341EC4BEB44CD6335CEE6CF14481E84E50C3S156P) медицинской помощи;  3) соблюдает правила врачебной этики и деонтологии, сохраняет врачебную тайну и обеспечивает сохранность полученных медицинских документов и их своевременный возврат специалисту-эксперту, организовавшему экспертизу качества медицинской помощи, или в медицинскую организацию;  4) при проведении очной экспертизы качества медицинской помощи ([пункт 49 раздела V](#P189) настоящего Порядка) информирует лечащего врача и руководителя медицинской организации о предварительных результатах экспертизы качества медицинской помощи. |
|  | 107. Основными функциями руководителя экспертной группы являются:  1) подготовка предложений по составу экспертной группы;  2) проведение экспертизы качества медицинской помощи по соответствующей специальности;  3) координация работы членов экспертной группы;  4) подготовка акта экспертизы качества медицинской помощи, предусмотренного приложением 3 к настоящему Порядку, обобщение выводов и рекомендаций членов экспертной группы, определение наиболее значимых нарушений при оказании медицинской помощи, повлиявших на исход оказания медицинской помощи;  5) установление задач эксперту качества медицинской помощи, являющемуся членом экспертной группы:  оценить соблюдение прав застрахованного лица на доступность и качество медицинской помощи;  оценить исполнение порядков оказания медицинской помощи по соответствующему профилю оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций по соответствующему заболеванию, стандартов медицинской помощи;  оценить влияние нарушений при оказании медицинской помощи на состояние здоровья застрахованного лица, удлинение сроков оказания медицинской помощи, создание риска прогрессирования имеющегося заболевания, возникновения нового заболевания, инвалидизацию, летальный исход;  иные задачи, позволяющие выявить нарушения при оказании медицинской помощи, в том числе оценить своевременность ее оказания, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степень достижения запланированного результата.  При составлении акта экспертизы качества медицинской помощи руководитель экспертной группы вправе осуществлять обобщение фактов, содержащихся в заключениях экспертов качества медицинской помощи экспертной группы.  Руководитель экспертной группы не вправе единолично изменять результаты мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи, исключать из обобщения нарушения при оказании медицинской помощи, выявленные членами экспертной группы. |
| 84. Территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи содержит сведения об экспертах качества медицинской помощи, осуществляющих экспертизу качества медицинской помощи в рамках контроля в субъекте Российской Федерации, и является сегментом единого реестра экспертов качества медицинской помощи.  [Ведение](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD4E7D0D0E62B2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332EC6CAE7845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) территориального реестра экспертов качества медицинской помощи осуществляется территориальными фондами обязательного медицинского страхования в соответствии с [пунктом 9 части 7 статьи 34](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD6EFD3D6E42F2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332EF65A67845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) Федерального закона на основе единых организационных, методологических и программно-технических принципов.  Ответственность за нарушения в ведении территориального реестра экспертов качества медицинской помощи несет директор территориального фонда обязательного медицинского страхования.  В соответствии с [пунктом 11 части 8 статьи 33](consultantplus://offline/ref=0E1F7865818AAF06D0EC7704E203463FD6EFD3D6E42F2433BC75B1B96C63B05F90D68BA9F332EF6AA07845F84F974BBB57333FDDC97D4FF529n6M) Федерального закона Федеральный фонд обязательного медицинского страхования ведет единый реестр экспертов качества медицинской помощи, являющийся совокупностью электронных баз данных территориальных реестров экспертов качества медицинской помощи. | 108. Территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи содержит сведения об экспертах качества медицинской помощи, осуществляющих экспертизу качества медицинской помощи в рамках контроля в субъекте Российской Федерации, и является сегментом единого реестра экспертов качества медицинской помощи.  [Ведение](consultantplus://offline/ref=6E32F7FF66556E3B8798076800B288CABFA7082730D6617FC615341EC4BEB45ED66B50EC6DEF458AFD1801864BD092CC1FB831D8A77DFBS655P) территориального реестра экспертов качества медицинской помощи осуществляется территориальными фондами в соответствии с [пунктом 9 части 7 статьи 34](consultantplus://offline/ref=6E32F7FF66556E3B8798076800B288CAB1A20C2536D6617FC615341EC4BEB45ED66B50EC6DEC4C82FD1801864BD092CC1FB831D8A77DFBS655P) Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» на основе единых организационных, методологических и программно-технических принципов.  Ответственность за нарушения в ведении территориального реестра экспертов качества медицинской помощи несет директор территориального фонда.  109. В соответствии с [пунктом 11 части 8 статьи 33](consultantplus://offline/ref=6E32F7FF66556E3B8798076800B288CAB1A20C2536D6617FC615341EC4BEB45ED66B50EC6DEC4384FD1801864BD092CC1FB831D8A77DFBS655P) Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» Федеральный фонд обязательного медицинского страхования ведет единый реестр экспертов качества медицинской помощи, являющийся совокупностью электронных баз данных территориальных реестров экспертов качества медицинской помощи. |