



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

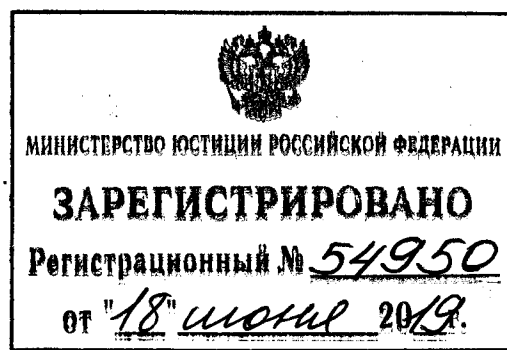
П Р И К А З

28 февраля 2019г.

Москва

№ 36

Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию



В соответствии с частью 1 статьи 40 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2011, № 49, ст. 7047; 2012, № 49, ст. 6758; 2013, № 27, ст. 3477) п р и к а з ы в а ю :

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

2. Признать утратившими силу:

приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 января 2011 г., регистрационный № 19614);

приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования

от 16 августа 2011 г. № 144 «О внесении изменений в Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 декабря 2011 г., регистрационный № 22523);

приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21 июля 2015 г. № 130 «О внесении изменений в Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 июля 2015 г., регистрационный № 38182);

приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 29 декабря 2015 г. № 277 «О внесении изменений в Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 января 2016 г., регистрационный № 40813);

приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 22 февраля 2017 г. № 45 «О внесении изменений в Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 мая 2017 г., регистрационный № 46609).

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

Председатель



Н.Н. Стадченко

Приложение
к приказу Федерального фонда
обязательного медицинского
страхования
от «28» февраля 2019 г. № 36

Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

I. Общие положения

1. Настоящий Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - Порядок) разработан в соответствии с главой 9 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»¹ (далее – Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации») и определяет правила и процедуру организации и проведения страховыми медицинскими организациями и фондами обязательного медицинского страхования контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями в объеме и на условиях, которые установлены территориальной программой обязательного медицинского страхования и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

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

¹ Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2011, № 25, ст. 3529, № 49, ст. 7047, 7057; 2012, № 31, ст. 4322, № 49, ст. 6758; 2013, № 7, ст. 606, № 27, ст. 3477, № 30, ст. 4084, № 39, ст. 4883, № 48, ст. 6165, № 52, ст. 6955; 2014, № 11, ст. 1098, № 28, ст. 3851, № 30, ст. 4269, № 49, ст. 6927; 2015, № 51, ст. 7245; 2016, № 1, ст. 52, № 27, ст. 4183, 4219; 2017, № 1, ст. 12, 13, 14, 34; 2018, № 27, ст. 3947, № 31, ст. 4857, № 49, ст. 7497, 7509; 2019, № 6, ст. 464.

обязательного медицинского страхования.

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

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

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

5. Субъектами контроля являются территориальные фонды обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации и медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования².

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

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

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 дверями³;

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

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

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

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

³ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 июня 2012 г. регистрационный № 24726) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 июня 2015 г. № 361н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 7 июля 2015 г., регистрационный № 37921), от 30 сентября 2015 г. № 683н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 24 ноября 2015 г., регистрационный № 39822), от 30 марта 2018 г. № 139н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 16 августа 2018 г., регистрационный № 51917), от 27 марта 2019 г. № 164н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 22 апреля 2019 г. № 54470).

оказания законченных случаев лечения и/или медицинских услуг⁴.

III. Медико-экономический контроль

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

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

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

1) проверки реестров счетов на соответствие установленному порядку информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования⁵;

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;

⁴ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 января 2011 г. № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 февраля 2011 г., регистрационный № 19742) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 декабря 2016 г. № 941н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 1 февраля 2017 г. № 45494), от 15 января 2019 г. № 12н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 января 2019 г. № 53618).

⁵ Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011 г. № 79 «Общие принципы построения и функционирования информационных систем и порядок информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – приказ № 79) с изменениями, внесенными приказами Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 9 сентября 2016 г. № 169, от 17 ноября 2017 г. № 323, от 23 марта 2018 г. № 54, от 28 сентября 2018 г. № 200, от 13 декабря 2018 г. № 285 (согласно письму Министерства юстиции Российской Федерации от 27 июля 2018 года № 01/99744-ЮЛ приказ № 79 не подлежал представлению на государственную регистрацию в Министерство юстиции Российской Федерации).

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 исследований⁶.

12. Выявленные в реестрах счетов нарушения отражаются в акте медико-экономического контроля по форме согласно приложению 1 к настоящему Порядку⁷ с указанием суммы уменьшения счета по каждой записи реестра, содержащей сведения о нарушениях при оказании медицинской помощи.

13. В соответствии с частями 9 и 10 статьи 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» результаты медико-экономического контроля, оформленные актом, предусмотренным пунктом 12 настоящего Порядка, являются основанием для применения мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)

⁶ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 марта 2019 г. № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 апреля 2019 г., № 54513).

⁷ В соответствии с частью 9 статьи 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

(приложение 8 к настоящему Порядку), а также могут являться основанием для проведения медико-экономической экспертизы; организации и проведения экспертизы качества медицинской помощи; проведения повторного медико-экономического контроля, повторных медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи территориальным фондом или страховой медицинской организацией по заданию территориального фонда.

IV. Медико-экономическая экспертиза

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

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

16. Медико-экономическая экспертиза осуществляется в виде:

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

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

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

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

3) оказания медицинской помощи по профилю «онкология» с применением противоопухолевой терапии;

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

5) госпитализации застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в плановой форме в стационаре (структурном подразделении стационара) другого профиля в соответствии с порядками оказания медицинской помощи (в целях настоящего Порядка далее - непрофильная госпитализация).

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

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

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

- 1) методом случайной выборки;
- 2) по тематически однородной совокупности случаев (далее – плановая тематическая медико-экономическая экспертиза).

20. Плановая медико-экономическая экспертиза методом случайной выборки проводится для оценки характера, частоты и причин нарушений при оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в сроки, установленные указанными программами.

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

22. При проведении плановой медико-экономической экспертизы оцениваются:

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

- 2) объем оказанной медицинской организацией медицинской помощи и

его соответствие установленному решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объему, подлежащему оплате за счет средств обязательного медицинского страхования;

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

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

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

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

1) при оказании медицинской помощи вне медицинской организации – 3%;

2) при оказании медицинской помощи амбулаторно - 0,8%;

3) при оказании медицинской помощи в дневном стационаре - 8%;

4) при оказании медицинской помощи стационарно - 8%.

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

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

телемедицинских технологий.

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

В случае выявления нарушений при оказании медицинской помощи (в соответствии с приложением 8 к настоящему Порядку) составляется акт медико-экономической экспертизы по форме согласно приложению 2 к настоящему Порядку⁸.

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

При выявлении отсутствия в медицинской документации предусмотренных подпунктом 5 пункта 22 настоящего Порядка сведений о рекомендациях медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров акт медико-экономической экспертизы, оформленный по пунктам 1 – 15 и 18 установленной формы (приложение 2 к настоящему Порядку), дополнительно направляется в Министерство здравоохранения Российской Федерации для принятия мер по достижению цели федерального проекта «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий» национального проекта «Здравоохранение» в течение суток со дня выявления отсутствия в медицинской документации сведений о рекомендациях.

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

27. В соответствии с частью 9 статьи 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» результаты медико-экономической экспертизы, оформленные актом медико-экономической экспертизы, являются основанием для применения к медицинской организации мер, предусмотренных статьей 41 Федерального

⁸ В соответствии с частью 9 статьи 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (приложение 8 к настоящему Порядку), а также могут являться основанием для проведения экспертизы качества медицинской помощи.

V. Экспертиза качества медицинской помощи

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

29. Экспертиза качества медицинской помощи проводится путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям, стандартам медицинской помощи.

30. Экспертиза качества медицинской помощи проводится на основании критериев оценки качества медицинской помощи, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 мая 2017 г., регистрационный № 46740).

31. Экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи (пункт 104 настоящего Порядка), по поручению Федерального фонда обязательного медицинского страхования, территориального фонда или страховой медицинской организации⁹.

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

33. Экспертиза качества медицинской помощи осуществляется в виде:

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

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

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

⁹ В соответствии с частью 7 статьи 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

- 2) летальных исходов;
- 3) внутрибольничного инфицирования и осложнения заболевания;
- 4) первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;

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

6) отобранных по результатам целевой медико-экономической экспертизы;

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

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

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

2) летальных исходов при:

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

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

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

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

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

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

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

¹⁰ Форма № 025/у, утвержденная приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 февраля 2015 г., № 36160), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации 9 января 2018 г. № 2н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 апреля 2018 г., № 50614).