



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

П Р И К А З

21 июля 2015 г.

Москва

№ 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

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

Внести изменения в Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230 (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации от 28 января 2011 г., регистрационный № 19614) с изменениями, внесенными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16 августа 2011 г. № 144) (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации от 9 декабря 2011 г., регистрационный № 22523) согласно приложению к настоящему приказу.

Председатель

Н.Н. Стадченко

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

1. В пункте 1 слова «Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 06.12.2010, № 49, ст. 6422)» заменить словами «главой 9 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2011, № 49 ч.1, ст. 7047; 2012, № 49, ст. 6758; 2013, № 27, ст. 3477; № 48, ст. 6165)».

2. В пунктах 5.3, 21, абзаце третьем пункта 36, подпункте «а» пункта 80 после слов «стандарты медицинской помощи,» в соответствующих падежах дополнить словами «клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи,» в соответствующих падежах.

3. Пункт 14 дополнить следующими новыми абзацами:

«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.

4. Пункт 15 изложить в следующей редакции:

«15. Плановая медико-экономическая экспертиза осуществляется по счетам, предоставленным к оплате в течение месяца после оказания застрахованному лицу медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.».

5. Пункт 17 изложить в следующей редакции:

«17. Объем ежемесячных медико-экономических экспертиз от числа законченных случаев лечения определяется планом проверок страховыми медицинскими организациями медицинских организаций, согласованным

территориальным фондом обязательного медицинского страхования в соответствии с пунктом 51 раздела VII настоящего Порядка, и составляет не менее:

при оказании медицинской помощи стационарно - 8 %;

при оказании медицинской помощи в дневном стационаре - 8 %;

при оказании медицинской помощи амбулаторно - 0,8 %.

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.».

6. Пункт 18 после слов «плановая тематическая медико-экономическая экспертиза» дополнить словами «, для которой отбор случаев осуществляется в пределах одного года с даты предоставления счетов и реестров счетов к оплате».

7. В пункте 19 слова «(приложение 3 к настоящему Порядку)» заменить словами «(приложение 3 (в случае проведения целевой медико-экономической экспертизы), приложение 10 (в случае проведения плановой медико-экономической экспертизы) к настоящему Порядку)».

8. Пункт 20 изложить в следующей редакции:

«20. В соответствии с частью 6 статьи 40 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.».

9. Пункт 24 изложить в следующей редакции:

«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 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.

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.».

10. Абзац третий пункта 26 изложить в следующей редакции:

«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.».

11. Пункт 30 изложить в следующей редакции:

«30. Объем ежемесячных экспертиз качества медицинской помощи определяется планом проверок страховыми медицинскими организациями медицинских организаций, согласованным территориальным фондом обязательного медицинского страхования в соответствии с пунктом 51 раздела VII настоящего Порядка, и составляет 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 %.

При оказании медицинской помощи вне медицинской организации - 1,5 % от числа поданных на оплату случаев.».

12. В абзаце третьем пункта 46 слова «или признает» заменить словами «и признает».

13. Пункт 67 дополнить новыми абзацами следующего содержания:

«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 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));

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 бездействию 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 оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (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 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

медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.».

в) пункт 3.2 изложить в следующей редакции:

«3.2. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи:».

г) пункт 3.3 изложить в следующей редакции:

«3.3. Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи мероприятий:».

д) пункт 4.6 изложить в следующей редакции:

«4.6. Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов.».

18. В приложении 10 к Порядку:

а) слова «Акт медико-экономической экспертизы» заменить словами «Акт медико-экономической экспертизы (плановой)»;

б) после слова «ИТОГО:» текст изложить в следующей редакции:

«Всего проверено случаев _____.

Признаны содержащими дефекты/нарушения _____ случаев на сумму _____ рублей.

Не предъявлено для медико-экономической экспертизы _____.

Подлежат неоплате/уменьшению оплаты _____ случаев на сумму _____ рублей.

Штраф по _____ случаям на сумму _____ рублей.

Специалист-эксперт _____

Руководитель СМО/ТФОМС: _____ Руководитель МО: _____».

М.П.

подпись, Ф.И.О.,
дата подписания

М.П.

подпись, Ф.И.О.,
дата подписания