

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ПРИКАЗ

от 1 декабря 2010 года N 230

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

(с изменениями на 22 февраля 2017 года)

---

Документ с изменениями, внесенными:

[приказом ФОМС от 16 августа 2011 года N 144](#) (Российская газета, N 287, 21.12.2011 (без приложений 1-4 к Изменениям));

[приказом ФОМС от 21 июля 2015 года N 130](#) (Официальный интернет-портал правовой информации [www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru), 29.07.2015, N 0001201507290025);

[приказом ФОМС от 29 декабря 2015 года N 277](#) (Официальный интернет-портал правовой информации [www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru), 01.02.2016, N 0001201602010006);

[приказом ФОМС от 22 февраля 2017 года N 45](#) (Официальный интернет-портал правовой информации [www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru), 05.05.2017, N 0001201705050023).

---

В соответствии с [Федеральным законом от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"](#)

приказываю:

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

2. 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  
А.Юрин

Зарегистрировано  
в Министерстве юстиции  
Российской Федерации  
28 января 2011 года,  
регистрационный N 19614

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

# страхованию

(с изменениями на 22 февраля 2017 года)

## 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 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"](#) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст.6422; 2011, N 49 ч.1, 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.

(Пункт в редакции, введенной в действие с 9 августа 2015 года [приказом ФОМС от 21 июля 2015 года N 130](#).

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.

## 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, реализуемые посредством медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

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.

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 оказания медицинской помощи и/или стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, медицинских технологий путем анализа наиболее распространенных нарушений по результатам контроля и принятие мер уполномоченными органами;

(Пункт в редакции, введенной в действие с 9 августа 2015 года [приказом ФОМС от 21 июля 2015 года N 130](#)).

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

### **III. Медико-экономический контроль**

7. Медико-экономический контроль в соответствии с [частью 3 статьи 40 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.

8. Медико-экономический контроль осуществляется специалистами страховых медицинских организаций и территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

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 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.

10. Выявленные в реестрах счетов нарушения отражаются в акте медико-экономического контроля (приложение 1 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 и 10 статьи 40 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 Федерального закона](#), условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (приложение 8 к настоящему Порядку), 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.

(Абзац в редакции, введенной в действие с 16 мая 2017 года [приказом ФОМС от 22 февраля 2017 года N 45](#)).

#### **IV. Медико-экономическая экспертиза**

11. Медико-экономическая экспертиза в соответствии с [частью 4 статьи 40 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.

12. Медико-экономическая экспертиза проводится специалистом-экспертом (пункт 78 раздела XIII настоящего Порядка).

13. Медико-экономическая экспертиза осуществляется в виде:

а) целевой медико-экономической экспертизы;

б) 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;

(Подпункт в редакции, введенной в действие с 16 мая 2017 года [приказом ФОМС от 22 февраля 2017 года N 45](#).

б) подпункт утратил силу с 16 мая 2017 года - [приказ ФОМС от 22 февраля 2017 года N 45](#);

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.

(Абзац дополнительно включен с 9 августа 2015 года [приказом ФОМС от 21 июля 2015 года N 130](#))

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).

(Абзац дополнительно включен с 9 августа 2015 года [приказом ФОМС от 21 июля 2015 года N 130](#))

Проведение целевой медико-экономической экспертизы в случае поступления жалоб застрахованных лиц или их представителей не зависит от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи.

(Абзац дополнительно включен с 9 августа 2015 года [приказом ФОМС от 21 июля 2015 года N 130](#))

Количество целевых медико-экономических экспертиз определяется количеством случаев, требующих ее проведения по указанным в настоящем Порядке основаниям.

(Абзац дополнительно включен с 12 февраля 2016 года [приказом ФОМС от 29 декабря 2015 года N 277](#))

15. Плановая медико-экономическая экспертиза осуществляется в течение месяца по счетам, предоставленным к оплате за оказанную застрахованному лицу медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию.

(Пункт в редакции, введенной в действие с 9 августа 2015 года [приказом ФОМС от 21 июля 2015 года N 130](#); в редакции, введенной в действие с 12 февраля 2016 года [приказом ФОМС от 29 декабря 2015 года N 277](#).

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.

17. Объем ежемесячных медико-экономических экспертиз от числа законченных случаев лечения составляет не менее:

(Абзац в редакции, введенной в действие с 16 мая 2017 года [приказом ФОМС от 22 февраля 2017 года N 45](#).

при оказании медицинской помощи стационарно - 8%;

при оказании медицинской помощи в дневном стационаре - 8%.

(Абзац в редакции, введенной в действие с 12 февраля 2016 года [приказом ФОМС от 29 декабря 2015 года N 277](#).

При оказании медицинской помощи амбулаторно - 0,8% от числа поданных на оплату страховых случаев.

(Абзац в редакции, введенной в действие с 12 февраля 2016 года [приказом ФОМС от 29 декабря 2015 года N 277](#).

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.

(Пункт в редакции, введенной в действие с 9 августа 2015 года [приказом ФОМС от 21 июля 2015 года N 130](#).

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.

(Пункт в редакции, введенной в действие с 9 августа 2015 года [приказом ФОМС от 21 июля 2015 года N 130](#).

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.

(Абзац в редакции, введенной в действие с 16 мая 2017 года [приказом ФОМС от 22 февраля 2017 года N 45](#).)

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

(Абзац дополнительно включен с 16 мая 2017 года [приказом ФОМС от 22 февраля 2017 года N 45](#))

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

(Абзац дополнительно включен с 16 мая 2017 года [приказом ФОМС от 22 февраля 2017 года N 45](#))

В соответствии с [частью 9 статьи 40 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 Федерального закона](#), условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (приложение 8 к настоящему Порядку), а также могут являться основанием для проведения экспертизы качества медицинской помощи.

## **V. Экспертиза качества медицинской помощи**

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.

(Пункт в редакции, введенной в действие с 9 августа 2015 года [приказом ФОМС от 21 июля 2015 года N 130](#).)

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 оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, сложившейся клинической практике.

(Пункт в редакции, введенной в действие с 9 августа 2015 года [приказом ФОМС от 21 июля 2015 года N 130](#); в редакции, введенной в действие с 16 мая 2017 года [приказом ФОМС от 22 февраля 2017 года N 45](#).)

22. Экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи, включенным в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи (пункт 81 раздела XIII настоящего Порядка) по поручению территориального фонда обязательного медицинского страхования или страховой медицинской организации.

23. Экспертиза качества медицинской помощи осуществляется в виде:

а) целевой экспертизы качества медицинской помощи;

б) 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 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.

(Пункт в редакции, введенной в действие с 9 августа 2015 года [приказом ФОМС от 21 июля 2015 года N 130](#)).

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;

б) подпункт исключен с 1 января 2012 года - [приказ ФОМС от 16 августа 2011 года N 144](#);

в) летальных исходов;

(Подпункт в редакции, введенной в действие с 12 февраля 2016 года [приказом ФОМС от 29 декабря 2015 года N 277](#)).

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;

(Подпункт в редакции, введенной в действие с 16 мая 2017 года [приказом ФОМС от 22 февраля 2017 года N 45](#)).

ж) подпункт утратил силу с 16 мая 2017 года - [приказ ФОМС от 22 февраля 2017 года N 45](#);

з) отобранных по результатам целевой медико-экономической экспертизы.

(Подпункт дополнительно включен с 12 февраля 2016 года [приказом ФОМС от 29 декабря 2015 года N 277](#))

При проведении целевой экспертизы качества медицинской помощи оценке подлежат все этапы и уровни оказания медицинской помощи.

(Абзац дополнительно включен с 12 февраля 2016 года [приказом ФОМС от 29 декабря 2015 года N 277](#))

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).

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.

(Абзац в редакции, введенной в действие с 9 августа 2015 года [приказом ФОМС от 21 июля 2015 года N 130](#).

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 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.

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.

30. Объем ежемесячных экспертиз качества медицинской помощи составляет от числа законченных случаев лечения не менее:

(Абзац в редакции, введенной в действие с 16 мая 2017 года [приказом ФОМС от 22 февраля 2017 года N 45](#).

при оказании медицинской помощи стационарно - 5%;

при оказании медицинской помощи в дневном стационаре - 3%.

(Абзац в редакции, введенной в действие с 12 февраля 2016 года [приказом ФОМС от 29 декабря 2015 года N 277](#).

При оказании медицинской помощи амбулаторно - 0,5% от числа поданных на оплату страховых случаев.

(Абзац в редакции, введенной в действие с 12 февраля 2016 года [приказом ФОМС от 29 декабря 2015 года N 277](#); в редакции, введенной в действие с 16 мая 2017 года [приказом ФОМС от 22 февраля 2017 года N 45](#).

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

(Пункт в редакции, введенной в действие с 9 августа 2015 года [приказом ФОМС от 21 июля 2015 года N 130](#).

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.

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.

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 удлинённых сроков лечения, стоимости медицинских услуг и других показателей;

(Подпункт в редакции, введенной в действие с 16 мая 2017 года [приказом ФОМС от 22 февраля 2017 года N 45](#).)

- б) результатов внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи;

- в) результатов проведенной медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, оценки лечебно-диагностического процесса;

(Подпункт дополнительно включен с 12 февраля 2016 года [приказом ФОМС от 29 декабря 2015 года N 277](#))

- г) наличия подтверждающих признаков повторяющихся, систематических ошибок, либо тенденций, свидетельствующих о наличии возможных дефектов лечебно-диагностического процесса.

(Подпункт дополнительно включен с 12 февраля 2016 года [приказом ФОМС от 29 декабря 2015 года N 277](#))

Тематика определяется территориальным фондом обязательного медицинского страхования с учетом предложений страховых медицинских организаций.

(Абзац дополнительно включен с 12 февраля 2016 года [приказом ФОМС от 29 декабря 2015 года N 277](#))

Сроки и объемы экспертиз качества медицинской 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 настоящего Порядка координируются территориальным фондом обязательного медицинского страхования для последующего согласования.

(Абзац дополнительно включен с 12 февраля 2016 года [приказом ФОМС от 29 декабря 2015 года N 277](#))

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.

(Подпункт в редакции, введенной в действие с 16 мая 2017 года [приказом ФОМС от 22 февраля 2017 года N 45](#).

В проведении плановой тематической экспертизы качества медицинской помощи принимают участие эксперты качества медицинской помощи, являющиеся главными внештатными специалистами органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

(Абзац дополнительно включен с 12 февраля 2016 года [приказом ФОМС от 29 декабря 2015 года N 277](#))

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 настоящего Порядка).

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 оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, клиническим рекомендациям (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 Российской Федерации.

(Абзац в редакции, введенной в действие с 9 августа 2015 года [приказом ФОМС от 21 июля 2015 года N 130](#).

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

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

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

В соответствии с [частями 9 и 10 статьи 40 Федерального закона](#) результаты экспертизы качества медицинской помощи, оформленные в соответствии с приложением 5 к настоящему Порядку, являются основанием для применения к медицинской организации мер, предусмотренных [статьей 41 Федерального закона](#), условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (приложение 8 к настоящему Порядку).

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

(Пункт в редакции, введенной в действие с 16 мая 2017 года [приказом ФОМС от 22 февраля 2017 года N 45](#)).

## **VI. Порядок осуществления территориальным фондом обязательного медицинского страхования контроля за деятельностью страховых медицинских организаций**

38. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования на основании [части 11 статьи 40 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.

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.

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.

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 настоящего Порядка);

д) поступления жалобы застрахованного лица или его представителя на качество медицинской помощи.

(Подпункт дополнительно включен с 12 февраля 2016 года [приказом ФОМС от 29 декабря 2015 года N 277](#))

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.

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

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

8% - в круглосуточном стационаре;

8% - в дневном стационаре;

0,8% - при амбулаторно-поликлинической помощи;

3% - скорой медицинской помощи вне медицинской организации;

- б) от числа первичных экспертиз качества медицинской помощи не менее:  
5% - в круглосуточном стационаре;  
3% - в дневном стационаре;  
0,5% - при амбулаторно-поликлинической помощи;  
1,5% - скорой медицинской помощи вне медицинской организации.

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

(Пункт в редакции, введенной в действие с 16 мая 2017 года [приказом ФОМС от 22 февраля 2017 года N 45](#).

44. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования направляет оформленные актом (приложение 7 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.

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.

46. В соответствии с [частью 14 статьи 38 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 Федерального закона](#) и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и признает применяемые страховой медицинской организацией к медицинской организации меры необоснованными.

(Абзац в редакции, введенной в действие с 9 августа 2015 года [приказом ФОМС от 21 июля 2015 года N 130](#).

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.

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.

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.

(Пункт в редакции, введенной в действие с 1 января 2012 года [приказом ФОМС от 16 августа 2011 года N 144](#)).

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.

## **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.

(Абзац дополнительно включен с 12 февраля 2016 года [приказом ФОМС от 29 декабря 2015 года N 277](#))

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.

(Пункт в редакции, введенной в действие с 16 мая 2017 года [приказом ФОМС от 22 февраля 2017 года N 45](#).)

53. В соответствии с [частью 8 статьи 40 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.

54. Работники, участвующие в осуществлении контроля, несут ответственность за разглашение конфиденциальной информации ограниченного доступа в соответствии с законодательством Российской Федерации.

55. На основании [статьи 42 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.

## **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 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.

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.

(Абзац дополнительно включен с 16 мая 2017 года [приказом ФОМС от 22 февраля 2017 года N 45](#))

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.

(Абзац в редакции, введенной в действие с 16 мая 2017 года [приказом ФОМС от 22 февраля 2017 года N 45](#).)

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.

(Абзац дополнительно включен с 16 мая 2017 года [приказом ФОМС от 22 февраля 2017 года N 45](#))

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 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.

## **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.

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 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.

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.

## **X. Порядок применения санкций к медицинской организации за нарушения, выявленные в ходе контроля**

65. На основании [части 1 статьи 41 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.

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.

(Подпункт в редакции, введенной в действие с 16 мая 2017 года [приказом ФОМС от 22 февраля 2017 года N 45](#)).

67. Неоплата или уменьшение оплаты медицинской помощи и уплата медицинской организацией штрафов в соответствии с подпунктом б) пункта 66 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 и по пункту 74 (при наличии) настоящего Порядка.

(Абзац в редакции, введенной в действие с 16 мая 2017 года [приказом ФОМС от 22 февраля 2017 года N 45](#).

Дефекты медицинской помощи и/или нарушения при оказании медицинской помощи:

(Абзац дополнительно включен с 9 августа 2015 года [приказом ФОМС от 21 июля 2015 года N 130](#))

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)), превышение установленного времени доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме;

(Абзац дополнительно включен с 9 августа 2015 года [приказом ФОМС от 21 июля 2015 года N 130](#); в редакции, введенной в действие с 16 мая 2017 года [приказом ФОМС от 22 февраля 2017 года N 45](#).

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);

(Абзац дополнительно включен с 9 августа 2015 года [приказом ФОМС от 21 июля 2015 года N 130](#))

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;

(Абзац дополнительно включен с 9 августа 2015 года [приказом ФОМС от 21 июля 2015 года N 130](#))

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);

(Абзац дополнительно включен с 9 августа 2015 года [приказом ФОМС от 21 июля 2015 года N 130](#))

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));

(Абзац дополнительно включен с 9 августа 2015 года [приказом ФОМС от 21 июля 2015 года N 130](#))

развитие ятрогенного заболевания (выявляется при ухудшении состояния здоровья человека или возникновении нового заболевания, обусловленном неблагоприятными последствиями любых медицинских воздействий);

(Абзац дополнительно включен с 9 августа 2015 года [приказом ФОМС от 21 июля 2015 года N 130](#))

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);

(Абзац дополнительно включен с 9 августа 2015 года [приказом ФОМС от 21 июля 2015 года N 130](#))

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).

(Абзац дополнительно включен с 9 августа 2015 года [приказом ФОМС от 21 июля 2015 года N 130](#))

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.

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 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 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).

(Пункт в редакции, введенной в действие с 1 января 2012 года [приказом ФОМС от 16 августа 2011 года N 144](#)).

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.

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.

72. Средства, поступившие в результате применения санкций к медицинской организации за нарушения, выявленные в ходе контроля, расходуются в соответствии с Федеральным законом.

## **XI. Обжалование медицинской организацией заключения страховой медицинской организации по результатам контроля**

73. В соответствии со [статьей 42 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 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.

(Подпункт в редакции, введенной в действие с 16 мая 2017 года [приказом ФОМС от 22 февраля 2017 года N 45](#)).

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

(Абзац дополнительно включен с 16 мая 2017 года [приказом ФОМС от 22 февраля 2017 года N 45](#))

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 Федерального закона](#) оформляются решением территориального фонда.

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 неказание, 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.

(Абзац дополнительно включен с 1 января 2012 года [приказом ФОМС от 16 августа 2011 года N 144](#))

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).

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

## **XII. 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**

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-V 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.

(Абзац дополнительно включен с 16 мая 2017 года [приказом ФОМС от 22 февраля 2017 года N 45](#))

## **XIII. Работники, осуществляющие медико-экономическую экспертизу и экспертизу качества медицинской помощи**

78. В соответствии с [частью 5 статьи 40 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.

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.

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 оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи;

(Подпункт в редакции, введенной в действие с 9 августа 2015 года [приказом ФОМС от 21 июля 2015 года N 130](#).

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 оказания медицинской помощи и стандарты 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.

81. Экспертизу качества медицинской помощи в соответствии с [частью 7 статьи 40 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 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.

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.

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 настоящего Порядка) обсуждает с лечащим врачом и руководством медицинской организации предварительные результаты экспертизы качества медицинской помощи.

(Подпункт в редакции, введенной в действие с 1 января 2012 года [приказом ФОМС от 16 августа 2011 года N 144](#)).

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 территориального реестра экспертов качества медицинской помощи осуществляется территориальными фондами обязательного медицинского страхования в соответствии с пунктом 9 [части 7 статьи 34 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 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. \*84)

## **Приложение 1. Акт медико-экономического контроля**

Приложение 1

(В редакции, введенной в действие

с 1 января 2012 года

[приказом ФОМС](#)

[от 16 августа 2011 года N 144.](#) -

См. [предыдущую редакцию](#))

Акт\* медико-экономического контроля

### **Заголовочная часть:**

Номер Акта, дата его составления.

Наименование страховой медицинской организации. Наименование медицинской организации.

Номер реестра счетов, период, за который он предоставлен.

### **Содержательная часть**

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

Констатация соответствия (несоответствия) данных счета-фактуры реестру оказанной медицинской помощи.

Констатация соответствия (несоответствия) тарифов, указанных в реестре оказанной медицинской помощи, утвержденным тарифам.

Констатация соответствия (несоответствия) видов и профилей оказанной медицинской помощи лицензии медицинского учреждения.

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

Расшифровка выявленных дефектов медицинской помощи / нарушений при оказании медицинской помощи (в соответствии с Перечнем оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи (приложение 8 к настоящему Порядку) с указанием заявленной суммы для оплаты (может представляться в табличном виде).

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

Сумма финансовых санкций за дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи в случае заполнения по данной форме акта по результатам повторного медико-экономического контроля, проведенного территориальным фондом обязательного медицинского страхования. Итоговая сумма, принятая к оплате.

## **Заверительная часть**

Должность, подпись работника, проводившего медико-экономический контроль.

Должность, подпись ответственного лица страховой медицинской организации (территориального фонда обязательного медицинского страхования), утверждающего Акт.

Должность, подпись руководителя медицинской организации, ознакомившегося с Актом.

---

\* По данной форме заполняется акт также и при проведении повторного медико-экономического контроля.

Табличная форма акта N \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ (дата)

медико-экономического контроля счета N \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

за оказанную медицинскую помощь

В \_\_\_\_\_ медицинской  
организации:

\_\_\_\_\_ (наименование)

Перечень отклоненных позиций к оплате в счете (реестре) с разбивкой по:

- коду специалиста медицинской организации

- коду профиля отделения (для медицинской организации, оказывающей стационарную помощь, - койки)

N п/п в реестре	N полиса обязательного медицинского страхования	Код по МКБ-10	Дата начала лечения	Дата окончания лечения	Код дефекта/нарушения	Расшифровка кода дефекта/нарушения	Сумма неоплаты (руб.)
Итого по акту на сумму							
в т.ч. по коду:							

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

Итого по счету:

Исполнитель

подпись

расшифровка  
подписи

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Руководитель страховой медицинской организации / директор  
территориального фонда обязательного медицинского страхования

подпись

расшифровка  
подписи

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

М.П.

Должность, подпись руководителя медицинской организации,  
ознакомившегося с Актом

Дата

\_\_\_\_\_

## Приложение 2. Реестр актов медико-экономического контроля

Приложение 2

(В редакции, введенной в действие  
с 1 января 2012 года

[приказом ФОМС](#)

[от 16 августа 2011 года N 144.](#) -

См. [предыдущую редакцию](#))

Рекомендуемый образец

Реестр актов медико-экономического контроля

N \_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

Период 201 г. 201 г.

-

\_\_\_\_\_

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

Наименование и код СМО (ТФ), получившего счета от медицинской организации

Название и код территории местонахождения СМО (ТФ)

Наименование, местонахождение и код медицинской организации,  
предоставившей счет

Код

На анализ предоставлены реестры счетов (счета) за медицинские услуги,  
оказанные застрахованным лицам.

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

Предоставленные для медико-экономического контроля счета включают:

За стационарную медицинскую помощь:

счет(ов)

реестров  
счетов

\_\_\_\_\_

на  
сумму

руб.

\_\_\_\_\_

За медицинскую помощь, оказанную в дневном стационаре:

реестров счетов

\_\_\_\_\_

счетов

на  
сумму

руб.

\_\_\_\_\_

За амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь (в т.ч. стоматологические и параклинические услуги):

счет(ов)

реестров  
счетов

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

на  
сумму

руб.

\_\_\_\_\_

1. Согласовано к оплате всего:

Счетов

на  
сумму

руб.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

реестров счетов на  
сумму:

руб.

\_\_\_\_\_

В т.ч.: за стационарную медицинскую  
помощь на сумму:

руб.

счетов

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

за мед. помощь в дневном стационаре на  
сумму:

руб.

счетов

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

за амбулаторно-поликлиническую мед.  
помощь на сумму:

руб.

счетов

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

В т.ч.: за стационарную медицинскую руб. счетов  
помощь на сумму:

\_\_\_\_\_

за медицинскую помощь в дневном руб. счетов  
стационаре на сумму:

\_\_\_\_\_

за амбулаторно-поликлиническую медицинскую руб. счетов  
помощь на сумму:

\_\_\_\_\_

за превышение согласованных объемов медицинских руб.  
услуг на сумму:

\_\_\_\_\_

2.1. Не подлежит оплате счетов на руб.  
сумму

\_\_\_\_\_

2.1.1. за стационарную медицинскую руб. счетов  
помощь на сумму:

\_\_\_\_\_

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

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

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

2.1.3. за амбулаторно-поликлиническую \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ счетов  
 медицинскую помощь на сумму: \_\_\_\_\_

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

2.2. Подпункт исключен.

2.3. Не принято к оплате в связи с превышением согласованных объемов медицинских услуг на общую

сумму \_\_\_\_\_ руб.:

В т.ч.: за стационарную медицинскую помощь на сумму \_\_\_\_\_ руб.;

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

за \_\_\_\_\_ амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь на сумму \_\_\_\_\_ руб.

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

Дата предоставления счетов СМО (ТФ) медицинской организацией

"        "        201        г.  
 \_\_\_\_\_

Дата проверки счетов "        "        201        г.  
 (реестров)        \_\_\_\_\_

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

### Приложение 3. Акт медико-экономической экспертизы страхового случая

Приложение 3

(В редакции, введенной в действие с 1 января 2012 года

[приказом ФОМС](#)

[от 16 августа 2011 года N 144;](#)

в редакции, введенной в действие с 9 августа 2015 года

[приказом ФОМС](#)

[от 21 июля 2015 года N 130;](#)

в редакции, введенной в действие с 16 мая 2017 года

[приказом ФОМС](#)

[от 22 февраля 2017 года N 45. -](#)

См. [предыдущую редакцию](#))

Акт медико-экономической экспертизы страхового случая

N \_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

1. Дата проведения  
экспертизы

---

2. Фамилия, имя, отчество специалиста-  
эксперта

---

3. Наименование проверяющей  
организации

---

4. Наименование медицинской  
организации

---

5. Номер счета за медицинские  
услуги

---

6. N полиса обязательного медицинского  
страхования

---

7. Номер медицинской карты (амбулаторного или  
стационарного больного)

---

8. Окончательный (клинический) диагноз основного  
заболевания

---

9. Диагноз сопутствующего  
заболевания

---

10. Сроки по  
лечения с

---

11. Стоимость  
лечения

---

12. Длительность  
заболевания

---

13. Фамилия, имя, отчество  
лечащего врача

---

14. Дополнительно проверена следующая учетно-отчетная  
документация

---

---

Заключение специалиста-эксперта по обоснованности объемов  
медицинских услуг, предоставленных к оплате, и их соответствие записям  
в первичной медицинской и учетно-отчетной документации медицинской  
организации (в т.ч. краткий перечень выявленных недостатков)

ВЫВОДЫ:

Не подлежит оплате (сумма, код дефекта /  
нарушения) штраф

(сумма, код  
дефекта/нарушения)

---

Подлежит оплате

---

" "

201

г.

Специалист-  
эксперт

---

Руководитель  
СМО/ТФОМС:

Руководитель  
МО:

М.П.

подпись,  
Ф.И.О., дата  
подписания

М.П.

подпись,  
Ф.И.О., дата  
подписания

## Приложение 4. Реестр актов медико-экономической экспертизы

Приложение 4

(В редакции, введенной в действие с 1 января 2012 года

[приказом ФОМС](#)

[от 16 августа 2011 года N 144.](#) -

См. [предыдущую редакцию](#))

Рекомендуемый образец

Реестр актов медико-экономической экспертизы

N \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_\_ г.

Медицинская  
организация

\_\_\_\_\_

Сумма по  
счету

\_\_\_\_\_

1. Количество проверенной медицинской документации \_\_\_\_\_  
(медицинских карт амбулаторного/стационарного больного, прочей учетно-отчетной документации)

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

3. Выявлено дефектов медицинской помощи / нарушений при оказании  
медицинской помощи:

\_\_\_\_\_

Далее указываются все выявленные дефекты медицинской помощи /  
нарушения при оказании медицинской помощи в соответствии с Перечнем  
оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи  
(приложение 8 к настоящему Порядку) с указанием конкретной суммы.

Всего не подлежит оплате \_\_\_\_\_ руб. Штраф в \_\_\_\_\_ руб.  
сумма \_\_\_\_\_  
размере \_\_\_\_\_

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

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

Специалист-эксперт \_\_\_\_\_ экономист  
страховой медицинской организации \_\_\_\_\_

"        "        201        г.

Руководитель        медицинской  
организации

---

М.П.

## **Приложение 5. Акт экспертизы качества медицинской помощи**

Приложение 5

(В редакции, введенной в действие  
с 1 января 2012 года

[приказом ФОМС](#)

[от 16 августа 2011 года N 144;](#)

в редакции, введенной в действие  
с 9 августа 2015 года

[приказом ФОМС](#)

[от 21 июля 2015 года N 130;](#)

в редакции, введенной в действие  
с 16 мая 2017 года

[приказом ФОМС](#)

[от 22 февраля 2017 года N 45.](#) -

См. [предыдущую редакцию](#))

Акт экспертизы качества медицинской помощи

N \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

"        "        201        г.

Экспертом качества медицинской помощи

\_\_\_\_\_

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

по поручению

\_\_\_\_\_

(наименование направившей организации)

Поручение N \_\_\_\_\_

в связи с \_\_\_\_\_

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

произведена целевая экспертиза качества медицинской помощи с целью выявления

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

N \_\_\_\_\_ полиса \_\_\_\_\_ обязательного  
медицинского страхования

место  
работы \_\_\_\_\_

Место оказания медицинской помощи

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации, отделения)

Ф.И.О.  
лечащего врача

---

Медицинская карта (амбулаторного, стационарного) больного, прочие  
учетно-отчетные документы

N \_\_\_\_\_

Период оказания медицинской помощи:

с " " 201 г. " " 201 г.  
по \_\_\_\_\_

Диагноз, установленный медицинской организацией

---

---

#### КРАТКОЕ ЭКСПЕРТНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

(готовится на основании экспертного заключения):

Выявленные дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании  
медицинской помощи

---

---

Выводы

---

---

Рекомендации

---

---

Неоплачиваемых (койко-дней, пациенто-дней, посещений):

---

---

Штраф в размере \_\_\_\_\_ руб.

По итогам проверки проведен разбор данного случая с руководством медицинской организации.

Эксперт качества медицинской помощи:

\_\_\_\_\_

Специалист-эксперт:

\_\_\_\_\_

Руководитель СМО/ТФОМС:

Руководитель МО:

М.П.

\_\_\_\_\_

подпись,  
Ф.И.О., дата  
подписания

М.П.

\_\_\_\_\_

подпись,  
Ф.И.О.,  
дата  
подписания

Составляется в двух экземплярах

## Приложение 6. Акт экспертизы качества медицинской помощи (сводный)

Приложение 6

(В редакции, введенной в действие с 1 января 2012 года

[приказом ФОМС](#)

[от 16 августа 2011 года N 144;](#)

в редакции, введенной в действие с 9 августа 2015 года

[приказом ФОМС](#)

[от 21 июля 2015 года N 130;](#)

в редакции, введенной в действие с 16 мая 2017 года

[приказом ФОМС](#)

[от 22 февраля 2017 года N 45.](#) -

См. [предыдущую редакцию](#))

Акт экспертизы качества медицинской помощи (сводный)

N \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

**В**

---

(название медицинской организации, адрес)

в соответствии с договором от \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

Организация, проводившая проверку: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Проверяемый период: с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

Дата проведения экспертизы качества медицинской помощи: \_\_\_\_\_

Проверено случаев оказания медицинской помощи:

N	N полиса	Вид, N	Даты обращений		Код	Оплачено за	Служебная
			начало	конец			
1	2	3	4	5	6	7	8

Всего проверено случаев оказания медицинской помощи: \_\_\_\_\_

Выводы:

\_\_\_\_\_

Рекомендации:

\_\_\_\_\_

Эксперт качества медицинской помощи:

\_\_\_\_\_

Специалист-эксперт:

\_\_\_\_\_

Руководитель СМО/ТФОМС:

Руководитель  
МО:

=====

=====

М.П.

подпись, Ф.И.О.,  
дата  
подписания

М.П.

подпись, Ф.И.О.,  
дата подписания

**Приложение 7. Акт реэкспертизы по результатам  
медико-экономической экспертизы / экспертизы  
качества медицинской помощи (нужное подчеркнуть)**

Приложение 7

(В редакции, введенной в действие  
с 1 января 2012 года

[приказом ФОМС](#)

[от 16 августа 2011 года N 144.](#) -

См. [предыдущую редакцию](#))

Акт реэкспертизы\* по результатам медико-экономической экспертизы /  
экспертизы качества медицинской помощи  
(нужное подчеркнуть)

N \_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
\* Повторной экспертизы.

На основании приказа директора территориального фонда обязательного медицинского

страхования \_\_\_\_\_ (название)

от " " 201 г.  
N  
\_\_\_\_\_

Экспертами (специалист-эксперт/ эксперт качества медицинской помощи - нужное подчеркнуть):

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

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

проведена реэкспертиза по результатам МЭЭ/ЭКМП (нужное подчеркнуть),

проведенной СМО

\_\_\_\_\_   
наименование СМО

Адрес местонахождения СМО \_\_\_\_\_

Дата проведения проверки \_\_\_\_\_

Проверка проведена за период " " 201 г. по " " 201 г.  
с \_\_\_\_\_

в медицинской организации \_\_\_\_\_

наименование медицинской организации, город, район

Принято к оплате \_\_\_\_\_ счетов за пролеченных  
застрахованных \_\_\_\_\_

из них: стационарной помощи \_\_\_\_\_ ,  
-

\_\_\_\_\_

медицинской помощи в дневном стационаре - \_\_\_\_\_ ,

\_\_\_\_\_

амбулаторно-поликлинической помощи - \_\_\_\_\_ ,

СМО проведена МЭЭ/ЭКМП (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_ случаев ( \_\_\_\_\_ );

из них: стационарной помощи \_\_\_\_\_ случаев ( \_\_\_\_\_ );

\_\_\_\_\_

медицинской помощи в дневном стационаре - \_\_\_\_\_ случаев ( \_\_\_\_\_ );

\_\_\_\_\_

амбулаторно-поликлинической помощи - \_\_\_\_\_ случаев ( \_\_\_\_\_ );

При этом СМО выявлено \_\_\_\_\_ случаев ( \_\_\_\_\_ %) нарушений,

допущенных при предоставлении застрахованным лицам медицинской помощи.

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

2. При реэкспертиза \_\_\_\_\_ случаев, признанных СМО удовлетворительными,

экспертное заключение специалистов ТФОМС совпало с экспертным заключением СМО в

\_\_\_\_\_ случаях ( \_\_\_\_\_ %), а именно:

--	--	--	--	--	--

N п/п	N полиса обязательного медицинского страхования	N медицинской карты стационарного, амбулаторного больного	Период лечения	Код лечебного отделения	Диагноз или код МКБ-10

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

территориального фонда обязательного медицинского страхования выявлены нарушения, допущенные медицинской организацией, но не выявленные СМО.

Описание конкретного случая выявленного нарушения включает:

- N п/п, N полиса обязательного медицинского страхования, период лечения, количество койко-дней (посещений, услуг, УЕТ), тариф законченного случая, диагноз (основной, сопутствующий), категория (работающий, неработающий);

- дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании медицинской помощи в соответствии с приложением 8 к настоящему Порядку, допущенные медицинской организацией, но не выявленные СМО;

- экспертное заключение специалистов территориального фонда обязательного медицинского страхования формулируется согласно договору со СМО с указанием номера пункта перечня нарушений и сумм финансовых санкций, наименования нарушений.

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

3. Проведена реэкспертиза \_\_\_\_\_ случаев с выявленными СМО нарушениями в

медицинской организации и оказании медицинской помощи застрахованным лицам.

По \_\_\_\_\_ случаям ( \_\_\_\_\_ %) экспертное заключение СМО совпало

с экспертным заключением специалистов территориального фонда обязательного медицинского страхования, а именно:

--	--	--	--	--	--

N п/п	N полиса обязательного медицинского страхования	N медицинской карты стационарного, амбулаторного больного	Период лечения	Код лечебного отделения	Диагноз или код МКБ-10

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

\_\_\_\_\_ территориального фонда обязательного медицинского страхования выявлены нарушения, допущенные специалистами СМО при МЭЭ/ЭКМП (нужное подчеркнуть).

Описание конкретного случая выявленного нарушения включает:

- N п/п, N полиса обязательного медицинского страхования, период лечения, количество койко-дней (посещений, услуг, УЕТ), тариф, диагноз (основной, сопутствующий), категорию (работающий, неработающий);

- суть выявленного СМО нарушения;

- экспертное заключение, принятое СМО с указанием суммы недоплаты;

- нарушение, допущенное СМО при организации и проведении МЭЭ/ЭКМП.

Экспертное заключение специалистов территориального фонда обязательного медицинского страхования формулируется согласно договору с СМО с указанием номера пункта перечня нарушений и сумм финансовых санкций, наименования нарушений.

Сумма по \_\_\_\_\_ руб.  
счету \_\_\_\_\_

Необоснованно удержанная СМО с медицинской \_\_\_\_\_ руб.  
организации сумма \_\_\_\_\_

Сумма \_\_\_\_\_ руб.  
финансовых санкций \_\_\_\_\_

4. Выводы: Экспертное заключение СМО и территориального фонда обязательного

медицинского \_\_\_\_\_ случаях ( \_\_\_\_\_ %), выявлено  
страхования совпало  
в \_\_\_\_\_

нарушений, допущенных СМО в организации и проведении МЭЭ/ЭКМП (нужное подчеркнуть) в

случаях ( \_\_\_\_\_ ), в том числе по видам нарушений с указанием

\_\_\_\_\_ количества и сумм.

5. Предложения: Подлежит восстановлению медицинской организации отдельным

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

Подлежат перечислению за счет собственных средств СМО на счет ТФОМС

финансовые \_\_\_\_\_ руб.  
санкции в размере \_\_\_\_\_

Подлежит возврату медицинской организацией в доход бюджета территориального фонда обязательного

медицинского \_\_\_\_\_ руб.  
страхования сумма в \_\_\_\_\_  
размере \_\_\_\_\_

Подпись специалистов, проводивших реэкспертизу:

ФИО

подпись

\_\_\_\_\_

ФИО

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

ФИО

\_\_\_\_\_

подпись

Директор территориального фонда обязательного медицинского страхования

ФИО

подпись

\_\_\_\_\_

С актом ознакомлены:

Руководитель  
СМО

ФИО

подпись

\_\_\_\_\_

М.П.

Руководитель  
организации

медицинской

ФИО

подпись

\_\_\_\_\_

М.П.

## **Приложение N 8. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)**

Приложение N 8

(с изменениями на 22 февраля 2017 года)

Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц	
1.1.	Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:
1.1.1.	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;
1.1.2.	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;
1.1.3.	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, времени доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме.
(Подпункт в редакции, введенной в действие с 16 мая 2017 года <a href="#">приказом ФОМС от 22 февраля 2017 года N 45</a> .	
1.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, в том числе:
1.2.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;
1.2.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания;
1.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, в том числе:

1.3.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;
--------	---

1.3.2.	Повлекший за собой причинение вреда здоровью, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке).
--------	--

(Пункт в редакции, введенной в действие с 9 августа 2015 года [приказом ФОМС от 21 июля 2015 года N 130](#)).

1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.
------	---

(Пункт в редакции, введенной в действие с 9 августа 2015 года [приказом ФОМС от 21 июля 2015 года N 130](#)).

1.5.	Приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, лекарственных препаратов и/или медицинских изделий в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в "Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств", согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.
------	--

(Пункт в редакции, введенной в действие с 9 августа 2015 года [приказом ФОМС от 21 июля 2015 года N 130](#)).

## Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения

2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет.
------	--

2.2.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации:
------	---

2.2.1.	о режиме работы медицинской организации;
--------	--

2.2.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи;
2.2.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;
2.2.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;
2.2.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.
2.3.	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях.
2.4.	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации;
2.4.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;
2.4.3.	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;
2.4.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;

2.4.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;
--------	--

2.4.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.
--------	--

Раздел 3. Дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании медицинской помощи

3.1.	Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).
------	---

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:
------	---

(Пункт в редакции, введенной в действие с 9 августа 2015 года [приказом ФОМС от 21 июля 2015 года N 130](#)).

3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;
--------	---

3.2.2.	приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) отсутствия письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);
--------	---

3.2.3.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);
--------	---

3.2.4.	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);
3.2.5.	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).
3.3.	<p>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:</p> <p>(Пункт в редакции, введенной в действие с 9 августа 2015 года <a href="#">приказом ФОМС от 21 июля 2015 года N 130</a>.</p>
3.3.1.	пункт исключен с 12 февраля 2016 года - <a href="#">приказ ФОМС от 29 декабря 2015 года N 277</a> ;
3.3.2.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).
3.5.	<p>Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, дефекты лечения, преждевременная выписка), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 15 дней со дня завершения амбулаторного лечения; повторная госпитализация в течение 30 дней со дня завершения лечения в стационаре; повторный вызов скорой медицинской помощи в течение 24 часов от момента предшествующего вызова.</p> <p>(Пункт в редакции, введенной в действие с 16 мая 2017 года <a href="#">приказом ФОМС от 22 февраля 2017 года N 45</a>.</p>
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.

3.7.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара.
3.8.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.
3.9.	Пункт утратил силу с 9 августа 2015 года - <a href="#">приказ ФОМС от 21 июля 2015 года N 130..</a>
3.10.	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях.
3.11.	Пункт утратил силу с 16 мая 2017 года - <a href="#">приказ ФОМС от 22 февраля 2017 года N 45..</a>
3.12	Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств-синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения.
3.13.	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.
3.14.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории вследствие дефектов при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи.
(Пункт в редакции, введенной в действие с 12 февраля 2016 года <a href="#">приказом ФОМС от 29 декабря 2015 года N 277.</a>	
Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации	
4.1.	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.

4.2.	<p>Отсутствие в первичной медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи.</p> <p>(Пункт в редакции, введенной в действие с 16 мая 2017 года <a href="#">приказом ФОМС от 22 февраля 2017 года N 45</a>).</p>
4.3.	<p>Отсутствие в первичной документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях.</p>
4.4.	<p>Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление истории болезни с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).</p> <p>(Пункт в редакции, введенной в действие с 12 февраля 2016 года <a href="#">приказом ФОМС от 29 декабря 2015 года N 277</a>).</p>
4.5.	<p>Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).</p>
4.6.	<p>Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов.</p> <p>(Пункт в редакции, введенной в действие с 9 августа 2015 года <a href="#">приказом ФОМС от 21 июля 2015 года N 130</a>).</p>
4.6.1.	<p>Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы.</p> <p>(Пункт дополнительно включен с 12 февраля 2016 года <a href="#">приказом ФОМС от 29 декабря 2015 года N 277</a>; в редакции, введенной в действие с 16 мая 2017 года <a href="#">приказом ФОМС от 22 февраля 2017 года N 45</a>).</p>
4.6.2.	<p>Включение в счет на оплату медицинской помощи/медицинских услуг при отсутствии в медицинском документе сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи пациенту.</p>

||  
(Пункт дополнительно включен с 16 мая 2017 года [приказом ФОМС от 22 февраля 2017 года N 45](#))

4.6.1. пункт утратил силу с 9 августа 2015 года - [приказ ФОМС от 21 июля 2015 года N 130](#);

4.6.2. пункт утратил силу с 9 августа 2015 года - [приказ ФОМС от 21 июля 2015 года N 130](#).

Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов

5.1. Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:

5.1.1. наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;

5.1.2. сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;

5.1.3. наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;

5.1.4. некорректное заполнение полей реестра счетов;

5.1.5. заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);

5.1.6. дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.

5.2. Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации:

5.2.1. включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;

5.2.2. введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса ОМС, адресе и т.д.);

5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис ОМС на территории другого субъекта РФ;
5.2.4.	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах;
5.2.5.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории РФ.
5.3.	Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС:
5.3.1.	Включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу ОМС;
5.3.2.	Предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы;
5.3.3.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования).
5.4.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь:
5.4.1.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;
5.4.2.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.
5.5.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности:
5.5.1.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;

5.5.2.	Предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации;
5.5.3.	Предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов).
5.6.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.
5.7.	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи:
5.7.1.	Позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);
5.7.2.	Дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;
5.7.3.	Стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;
5.7.4.	Стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованное в системе ОМС.
5.7.5.	<p>Включения в реестр счетов медицинской помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи);</li> </ul>

	- пациенто-дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях).
5.7.6.	Включение в реестр счетов нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.

## Приложение N 9. Претензия

Приложение N 9

(В редакции, введенной в действие

с 1 января 2012 года

[приказом ФОМС](#)

[от 16 августа 2011 года N 144.](#) -

См. [предыдущую редакцию](#))

Рекомендуемый образец

От

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 (наименование медицинской  
 организации)

Претензия

В

---

---

(территориальный фонд ОМС)

Считаю необоснованной сумму взаиморасчета, определенную страховой  
медицинской

организацией

---

---

(наименование СМО)

согласно акт(у, -ам) от 201 г.  
МЭЭ/ЭКМП N \_\_\_\_\_

специалиста-эксперта/эксперта качества медицинской помощи

---

---

(Ф.И.О.)

по следующим причинам:

1. N полиса обязательного медицинского страхования

Сумма  
взаиморасчета

Обоснование  
несогласия

2.

3.

Итого считаю необоснованной сумму застрахованным(ому)  
взаиморасчета по \_\_\_\_\_

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

Приложения: 1) Материалы внутреннего и ведомственного контроля  
качества

медицинской помощи на \_\_\_\_\_ лист(е, -ах);

2)

\_\_\_\_\_

3)

\_\_\_\_\_

Руководитель

медицинской  
организации

\_\_\_\_\_

(подпись, Ф.И.О.)

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_\_ г.

М.П.

**Приложение N 10. Акт медико-экономической  
экспертизы (сводный)**

Приложение N 10  
(Дополнительно включено  
с 1 января 2012 года  
[приказом ФОМС  
от 16 августа 2011 года N 144;](#)  
в редакции, введенной в действие  
с 9 августа 2015 года  
[приказом ФОМС  
от 21 июля 2015 года N 130;](#)  
в редакции, введенной в действие  
с 16 мая 2017 года  
[приказом ФОМС  
от 22 февраля 2017 года N 45.](#) -  
См. [предыдущую редакцию](#))

Акт медико-экономической экспертизы (сводный)  
N \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

Наименование проверяющей организации

\_\_\_\_\_

Наименование медицинской организации

\_\_\_\_\_

Ф.И.О. специалиста-эксперта

\_\_\_\_\_

Проверяемый период с " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_\_ г. по " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_\_ г.

Дата проведения экспертизы с " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_\_ г. по " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_\_ г.

Дата счета:

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

ИТОГО:

Всего проверено случаев \_\_\_\_\_

Специалист-эксперт \_\_\_\_\_

Руководитель СМО/ТФОМС: \_\_\_\_\_

Руководитель  
МО: \_\_\_\_\_

М.П.

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

подпись, Ф.И.О.,  
дата  
подписания

## **Приложение N 11. Экспертное заключение (протокол оценки качества медицинской помощи)**

Приложение N 11  
(Дополнительно включено  
с 1 января 2012 года  
[приказом ФОМС](#)  
[от 16 августа 2011 года N 144](#))

Наименование проверяющей  
организации

\_\_\_\_\_

Медицинская карта (амбул./стац.) \_\_\_\_\_, лечащий врач  
больного N \_\_\_\_\_

N полиса обязательного медицинского  
страхования

Пол

\_\_\_\_\_

Дата  
рождения

\_\_\_\_\_

Адрес застрахованного  
лица

\_\_\_\_\_

Наименование медицинской  
организации

\_\_\_\_\_

Счет от " 201 г.  
N " " " \_\_\_\_\_

Длительность лечения (к/дни) Стоимость руб.  
всего всего

\_\_\_\_\_

отделение с по \_\_\_\_\_, к/д. \_\_\_\_\_ ;

\_\_\_\_\_

отделение с по \_\_\_\_\_, к/д. \_\_\_\_\_ ;

\_\_\_\_\_

отделение с по \_\_\_\_\_, к/д. \_\_\_\_\_ ;

\_\_\_\_\_

Эксперт качества медицинской  
помощи

\_\_\_\_\_

Дата проведения экспертизы качества " " 201 \_ г.  
медицинской помощи:

\_\_\_\_\_

Поступление: экстренное, плановое.

Исход случая: выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, смерть, самовольный уход, переведен (направлен) на госпитализацию (куда), другое

Операция , " 201 г.  
дата  
" \_\_\_\_\_

Диагноз клинический заключительный:

основной \_\_\_\_\_

осложнение \_\_\_\_\_

сопутствующий \_\_\_\_\_

Диагноз патолого-анатомический:

основной \_\_\_\_\_

осложнение

---

сопутствующий

---

I. СБОР ИНФОРМАЦИИ (расспрос, физикальное обследование, лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов, консилиум)

Обоснование негативных следствий ошибок в сборе информации:

II. ДИАГНОЗ (формулировка, содержание, время постановки)

основной

---

осложнение

---

сопутствующий

---

Обоснование негативных последствий ошибок в диагнозе:

---

---

---

III. ЛЕЧЕНИЕ (хирургическое, в т.ч. родовспоможение, медикаментозное, прочие виды и способы лечения)

---

---

---

Обоснование негативных последствий ошибок в лечении:

---

---

---

IV. ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ (обоснованность поступления, длительности лечения, перевод, содержание рекомендаций)

---

---

---

Обоснование негативных последствий ошибок в преемственности лечения:

---

---

---

ЗАКЛЮЧЕНИЕ эксперта качества медицинской помощи:

---

---

---

НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЕ ОШИБКИ, ПОВЛИЯВШИЕ НА ИСХОД  
ЗАБОЛЕВАНИЯ:

---

---

---

---

---

---

Представитель  
медицинской  
организации:

---

---

(должность)

подпись, Ф.И.О., дата подписания

Эксперт качества медицинской  
помощи:

---

---

подпись, Ф.И.О., дата подписания

М.П.

Редакция документа с учетом  
изменений и дополнений подготовлена  
АО "Кодекс"