

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ПРИКАЗ
от 22 февраля 2017 г. N 45

О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ
В ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЯ ОБЪЕМОВ,
СРОКОВ, КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ,
УТВЕРЖДЕННЫЙ ПРИКАЗОМ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ОТ 1 ДЕКАБРЯ 2010 Г. N 230

В соответствии с [главой 9](#) Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2011, N 49, ст. 7047; 2012, N 49, ст. 6758; 2013, N 27, ст. 3477; N 48, ст. 6165; 2016, N 1, ст. 52) и в целях совершенствования организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию приказываю:

Внести [изменения](#) в [Порядок](#) организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. N 230 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 января 2011 г., регистрационный N 19614), с изменениями, внесенными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16 августа 2011 г. N 144 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 декабря 2011 г., регистрационный N 22523), приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21 июля 2015 г. N 130 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 июля 2015 г., регистрационный N 38182), приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 29 декабря 2015 г. N 277 (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 27 января 2016 г., регистрационный номер N 40813), согласно приложению к настоящему приказу.

Председатель
Н.Н.СТАДЧЕНКО

Приложение
к приказу Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
от 22 февраля 2017 г. N 45

ИЗМЕНЕНИЯ,
ВНОСИМЫЕ В ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЯ
ОБЪЕМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ
СТРАХОВАНИЮ, УТВЕРЖДЕННЫЙ ПРИКАЗОМ ФЕДЕРАЛЬНОГО
ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ОТ 1 ДЕКАБРЯ 2010 Г. N 230

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

2. В [пункте 14](#):

а) [подпункт "а"](#) изложить в следующей редакции:

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

б) [подпункт "б"](#) считать утратившим силу.

3. В [пункте 17](#) слова "определяется планом проверок страховыми медицинскими организациями медицинских организаций, согласованным территориальным фондом обязательного медицинского страхования в соответствии с пунктом 51 настоящего Порядка, и" исключить.

4. [Абзац первый пункта 19](#) изложить в следующей редакции:

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

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

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

5. В [пункте 21](#) после слов "проводится путем проверки" добавить слова "(в том числе с использованием автоматизированной системы)".

6. В [пункте 25](#):

а) [подпункт "е"](#) изложить в следующей редакции:

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

б) [подпункт "ж"](#) считать утратившим силу.

7. В [пункте 30](#):

а) слова "определяется планом проверок страховыми медицинскими организациями медицинских организаций, согласованным территориальным фондом обязательного медицинского страхования в соответствии с пунктом 51 настоящего Порядка, и"

исключить.

б) цифру "0,8" заменить на цифру "0,5".

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

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

10. Пункт 37 изложить в следующей редакции:

"37. Экспертом качества медицинской помощи, 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."

11. Пункт 43 изложить в следующей редакции:

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

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

8% - в круглосуточном стационаре;

8% - в дневном стационаре;

0,8% - при амбулаторно-поликлинической помощи;

3% - скорой медицинской помощи вне медицинской организации;

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

5% - в круглосуточном стационаре;

3% - в дневном стационаре;

0,5% - при амбулаторно-поликлинической помощи;

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

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

медицинских организациях."

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

13. **Пункт 57** дополнить абзацем следующего содержания:

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

14. В **пункте 58**:

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

б) **дополнить** абзацем следующего содержания:

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

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

16. В **пункте 67**:

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

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

17. В **пункте 73**:

а) **подпункт "в"** изложить в следующей редакции:

"в) материалы внутреннего контроля по оспариваемому случаю.";

б) **дополнить** абзацем следующего содержания:

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

18. **Пункт 77** дополнить абзацем следующего содержания:

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

19. В **приложениях 3, 5** к настоящему Порядку слово "(целевой)" исключить.

20. В **приложении 6** к настоящему Порядку:

а) слово "(плановой)" заменить словом "(сводный)";

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

в) **таблицу** изложить в следующей редакции:

N п/п	N полиса обязательного медицинского	Вид, N медицинской документации	Даты обращений		Код МКБ	Оплачено за медицинск	Служе бная отметк
			начало	конец			

	страхования	и				ие услуги	а
1	2	3	4	5	6	7	8

г) слова "Из них признано содержащими дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи: _____

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

Штраф по _____ случаям на сумму _____ руб." исключить.

21. В [приложении 8](#) к настоящему Порядку: _

а) [пункт 3.11](#) признать утратившим силу;

б) [подпункт 1.1.3 пункта 1.1, пункт 3.5, пункт 4.2, подпункт 4.6.1 пункта 4.6](#) изложить в следующих редакциях:

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

"3.5. Нарушения при оказании медицинской помощи (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.";

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

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

в) [пункт 4.6](#) дополнить новым подпунктом 4.6.2:

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

22. В [приложении 10](#) к настоящему Порядку:

а) слово "(плановой)" исключить;

б) [таблицу](#) изложить в следующей редакции:

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

в) слова "Признаны содержащими дефекты/нарушения _____ случаев на сумму _____ рублей.

Не предъявлено для медико-экономической экспертизы _____.

Подлежат неоплате/уменьшению оплаты ____ случаев на сумму _____ рублей.
Штраф по ____ случаям на сумму _____ рублей." исключить.
