

Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. N 230 г. Москва "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию"

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

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

Дата подписания: 01.12.2010

Дата публикации: 02.02.2011 00:00

Зарегистрирован в Минюсте РФ 28 января 2011 г. Регистрационный N 19614

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

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

I. Общие положения

1. Настоящий Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - Порядок) разработан в соответствии с Федеральным законом от 29

ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 06.12.2010, N 49, ст. 6422) и определяет правила и процедуру организации и проведения страховыми медицинскими организациями и фондами обязательного медицинского страхования контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями в объеме и на условиях, которые установлены территориальной программой обязательного медицинского страхования и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

2. Цель настоящего Порядка - регулирование мероприятий, направленных на реализацию прав застрахованных лиц на получение бесплатной медицинской помощи в установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию объемах, сроках и условиях, надлежащего качества в медицинских организациях, участвующих в реализации программ обязательного медицинского страхования.

II. Цели контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления

медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

3. К контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - контроль) относятся мероприятия по проверке соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, реализовываемые посредством медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

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, медицинских технологий путем анализа наиболее распространенных нарушений по результатам контроля и принятие мер уполномоченными органами;

5.4. проверка исполнения страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями обязательств по оплате и бесплатному оказанию застрахованным лицам медицинской помощи по программам обязательного медицинского страхования;

5.5. проверка исполнения страховыми медицинскими организациями обязательств по изучению удовлетворенности застрахованных лиц объемом, доступностью и качеством медицинской помощи;

5.6. оптимизация расходов по оплате медицинской помощи при наступлении страхового случая и снижение страховых рисков в обязательном медицинском страховании.

6. 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 (кроме контроля при осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования).

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 30 дней - при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней - при повторной госпитализации;

б) заболеваний с удлинённым или укороченным сроком лечения более чем на 50 процентов от установленного стандартом медицинской помощи или средне сложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утверждённый стандарт медицинской помощи;

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

15. На основании проведенного медико-экономического контроля плановая медико-экономическая экспертиза осуществляется по счетам, предоставленным к оплате в течение месяца после оказания застрахованному лицу медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в иных случаях может осуществляться в течение года после предъявления счетов на оплату.

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 проверок при плановой медико-экономической экспертизе от числа принятых к оплате счетов по случаям оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию определяется договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и составляет не менее:

8% - стационарной медицинской помощи;

8% - медицинской помощи, оказанной в дневном стационаре;

0,8% - амбулаторно-поликлинической медицинской помощи.

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.

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.

19. По итогам медико-экономической экспертизы специалистом-экспертом составляется акт медико-экономической экспертизы (приложение 2 к настоящему Порядку) в двух экземплярах: один передается в медицинскую организацию, один экземпляр остается в страховой медицинской организации / территориальном фонде обязательного медицинского страхования.

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 в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи.

21. Экспертиза качества медицинской помощи проводится путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, сложившейся клинической практике.

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 страхового случая (медицинских услуг) к оплате, за исключением случаев, определенных действующим законодательством, и случаев, изложенных в подпункте "е" пункта 25 настоящего раздела.

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) необходимости подтверждения объема и качества медицинской помощи по случаям, отобранным при медико-экономическом контроле и медико-экономической экспертизе;
- в) летальных исходов при оказании медицинской помощи;
- 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 30 дней - при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней - при повторной госпитализации;
- ж) заболеваний с удлинённым или укороченным сроком лечения более чем на 50 процентов от установленного стандартом медицинской помощи или средне сложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи.

26. При проведении целевой экспертизы качества медицинской помощи по случаям, отобранным по результатам целевой медико-экономической экспертизы, общие сроки проведения целевой экспертизы качества медицинской помощи могут увеличиваться до шести месяцев с момента предоставления счета на оплату.

При проведении целевой экспертизы качества медицинской помощи по случаям повторного обращения (госпитализации) по поводу одного и того же заболевания установленные сроки исчисляются с момента предоставления на оплату счета, содержащего информацию о повторном обращении (госпитализации).

Сроки проведения целевой экспертизы качества медицинской помощи с момента предоставления счета на оплату не ограничиваются по случаям жалоб застрахованных лиц или их представителей, летальных исходов, внутрибольничного инфицирования и осложнений заболеваний, первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей.

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 плановой экспертизы качества медицинской помощи определяется договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и составляет не менее:

в стационаре - 5% от числа законченных случаев лечения;

в дневном стационаре - 3% от числа законченных случаев лечения;

при оказании амбулаторно-поликлинической помощи - 0,5% от числа законченных случаев лечения по результатам медико-экономического контроля.

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, стоимости медицинских услуг и других показателей;

б) результатов внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи.

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, разделенным по возрасту, полу и другим признакам.

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, договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию с разъяснением его прав в соответствии с законодательством Российской Федерации.

37. Экспертом качества медицинской помощи, осуществлявшим проведение экспертизы качества медицинской помощи, оформляется экспертное заключение, содержащее описание проведения и результаты экспертизы качества медицинской помощи, на основании которого составляется акт экспертизы качества медицинской помощи.

В соответствии с частями 9 и 10 статьи 40 Федерального закона результаты экспертизы качества медицинской помощи, оформленные соответствующим актом по форме, установленной Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (приложения 5, 6 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).

На основании актов экспертизы качества медицинской помощи уполномоченными органами принимаются меры по улучшению качества медицинской помощи.

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).

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, составляет не менее 20% от числа всех экспертиз за соответствующий период времени.

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 или признает применяемые

страховой медицинской организацией к медицинской организации меры необоснованными.

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. Медицинская организация возвращает средства в сумме, определенной актом реэкспертизы, в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования.

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.

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, учетно-отчетную и прочую документацию, при необходимости результаты внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи.

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.

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 направляется в страховую медицинскую организацию / территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

При несогласии медицинской организации с актом, подписанный акт возвращается в страховую медицинскую организацию с протоколом разногласий.

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 № 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.

Х. 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 (по страховому случаю, при котором выявлены дефекты медицинской помощи и / или нарушения при оказании медицинской помощи).

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 отдельно или одновременно.

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 по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию медицинская организация уплачивает страховой медицинской организации штраф в размере, устанавливаемом по указанному договору и в соответствии с перечнем оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи (приложение 8 к настоящему Порядку).

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 и ведомственного контроля качества медицинской помощи в медицинской организации.

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 неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам первичной медико-экономической экспертизы и / или экспертизы качества медицинской помощи.

Изменение финансирования по результатам рассмотрения спорных случаев проводится страховой медицинской организацией в срок не позднее 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.

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;

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

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.

Материал опубликован по адресу: <http://www.rg.ru/2011/02/02/porydok-dok.html>