

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

**ПРИКАЗ
от 29 декабря 2015 г. N 277**

**О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ
В ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЯ ОБЪЕМОВ,
СРОКОВ, КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ,
УТВЕРЖДЕННЫЙ ПРИКАЗОМ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ОТ 1 ДЕКАБРЯ 2010 Г. 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) 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 приказами Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16 августа 2011 г. N 144 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 декабря 2011 г., регистрационный N 22523) и от 21 июля 2015 г. N 130 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 июля 2015 г., регистрационный N 38182), согласно приложению к настоящему приказу.

Председатель
Н.Н.СТАДЧЕНКО

Приложение
к приказу Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
от 29 декабря 2015 г. N 277

**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. Пункт 14 дополнить абзацем следующего содержания:

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

2. В пункте 15 слова "по счетам, предоставленным к оплате в течение месяца после оказания застрахованному лицу медицинской помощи" заменить на слова "в течение месяца по счетам, предоставленным к оплате за оказанную застрахованному лицу медицинскую помощь".

3. В пункте 17:

а) в третьем абзаце знак препинания ";" заменить знаком препинания ".";

б) четвертый абзац изложить в следующей редакции:

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

4. В пункте 25:

а) в подпункте "в" слова "при оказании медицинской помощи" исключить;

б) в подпункте "е" знак препинания ";" заменить знаком препинания ",";

в) в подпункте "е" после слов "при повторной госпитализации" добавить слова "в течение суток - при повторном вызове скорой медицинской помощи";

г) дополнить подпунктом "з" следующего содержания:

"з) отобранных по результатам целевой медико-экономической экспертизы."

д) дополнить абзацем следующего содержания:

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

5. В пункте 30:

а) в третьем абзаце знак препинания ";" заменить знаком препинания ",";

б) четвертый абзац изложить в следующей редакции:

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

6. Пункт 33 дополнить абзацами следующего содержания:

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

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

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

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."

7. Пункт 34 дополнить абзацем следующего содержания:

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

8. Последний абзац пункта 37 изложить в следующей редакции:

"Страховые медицинские организации на основании актов экспертизы качества медицинской помощи по согласованию с территориальным фондом обязательного медицинского страхования готовят предложения по улучшению качества медицинской помощи."

9. Пункт 41 дополнить подпунктом "д" следующего содержания:

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

10. Пункт 51 дополнить абзацем следующего содержания:

"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."

11. В Приложении 8:

а) пункт 3.3.1 исключить;

б) пункты 3.11, 3.14, 4.4 изложить в следующих редакциях:

"3.11. Неправильное действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания).";

"3.14. Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории вследствие дефектов при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи."

"4.4. 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)."

в) дополнить новым пунктом 4.6.1:

"4.6.1. Некорректное применение тарифа по клинко-статистической группе, требующее его замены по результатам экспертизы."

