



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

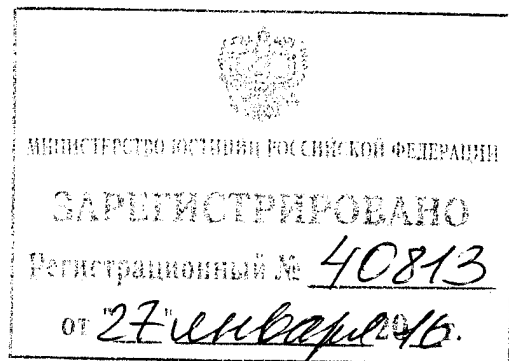
**ПРИКАЗ**

29 декабря 2015 г.

Москва

№ 244

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



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

Внести изменения в Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 января 2011 г., регистрационный № 19614) с изменениями, внесенными приказами Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16 августа 2011 г. № 144 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 декабря 2011 г., регистрационный № 22523) и от 21 июля 2015 г. № 130 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 июля 2015 г., регистрационный № 38182), согласно приложению к настоящему приказу.

Председатель

Н.Н. Стадченко

Приложение  
к приказу Федерального фонда  
обязательного медицинского страхования  
от 29 декабря 2015 г. № 274

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

1. 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.».

*Юлия Вирна*



*Исполнитель  
стимулом-эксперт  
отдела организации  
контроля  
Управления  
организации МС*