



## Союз медицинского сообщества «Национальная Медицинская Палата»

Россия, 119180, г. Москва, ул. Большая Полянка, д.22, тел./факс: +7 (495) 959-28-96

www.nacmedpalata.ru; e-mail: org@nnpmp.ru; mail@doctor-roshal.ru

« 02» марта 2021 г.

исх. № 34 /1

На письмо № 11-8/78 от 12.02.2021г.(поступило в НМП 19.02.2021 г)

**Министру здравоохранения  
Российской Федерации  
М.А.Мурашко**

**Глубокоуважаемый Михаил Альбертович!**

В соответствии с Соглашением между Министерством здравоохранения Российской Федерации и Союзом медицинского сообщества «Национальная Медицинская Палата» о сотрудничестве в области здравоохранения направляем Вам дополненную сводку замечаний и предложений, высказанных экспертами НМП к проекту приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения», разработанный в связи с принятием Федерального закона от 08.12.2020 №430-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

При наличии разногласий просим Вас организовать обсуждение проекта приказа совместно с разработчиком и представителями НМП.

Приложение на 113 л.

С уважением,

**Президент  
Союза «Национальная Медицинская Палата»**

Б.С.

Л.М. Рошаль

**Замечания и предложения экспертов Союза медицинского сообщества «Национальная Медицинская Палата» к проекту приказа Минздрава РФ «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения»**

Положение проекта , требующее изменений	Обоснование необходимых изменений	Предложение по новому тексту проекта
<b>II. Цели контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения</b>		
<p>Пункт 6. Цели контроля:  ...несоблюдения сроков ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, включая сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов, в том числе в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, предусматривающих планировочные решения внутренних пространств, обеспечивающих комфортность пребывания пациентов, включая организацию открытой регистратуры с инфоматом, электронного табло с расписанием приема врачей, колл-центра, системы навигации, зоны комфортного</p>	<p>На территории РФ амбулаторно-поликлинические учреждения имеют типовые планировки, не предусматривающие новые требования. Кроме того, ситуация, связанная с распространением коронавирусной инфекции, требует пересмотра Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 июня 2012 г., регистрационный № 24726) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 июня 2015 г.</p>	<p>6. Цели контроля:  ...несоблюдения сроков ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, включая сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов, в том числе в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно.</p>

<p>пребывания в холлах и оснащение входа автоматическими дверями<sup>1</sup>;</p>	<p>№ 361н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 7 июля 2015 г., регистрационный № 37921), от 30 марта 2018 г. № 139н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 16 августа 2018 г., регистрационный № 51917), от 27 марта 2019 г. № 164н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 22 апреля 2019 г. № 54470), от 3 декабря 2019 г. № 984н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 6 февраля 2020 г. № 57452), от 21 февраля 2020 г. № 114н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 июля 2020 г. № 59083), а именно разделение потоков пациентов, соблюдения безопасной дистанции.</p>	
<p>Пункт 6, подпункт 3), последний абзац</p>		<p>— одновременно включает контроль сроков ожидания плановой медицинской помощи и мероприятия по обеспечению комфорта для пациента, следует выделить отдельным пунктом.</p>

<sup>1</sup> Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 июня 2012 г., регистрационный № 24726) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 июня 2015 г. № 361н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 7 июля 2015 г., регистрационный № 37921), от 30 марта 2018 г. № 139н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 16 августа 2018 г., регистрационный № 51917), от 27 марта 2019 г. № 164н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 22 апреля 2019 г. № 54470), от 3 декабря 2019 г. № 984н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 6 февраля 2020 г. № 57452), от 21 февраля 2020 г. № 114н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 июля 2020 г. № 59083).

<p>П 6 б) соответствие стоимости оказанной застрахованным лицам медицинской помощи размеру финансового обеспечения объемов медицинской помощи, распределенных медицинской организации комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, созданной в субъекте Российской Федерации в соответствии с частью 9 статьи 36 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», (далее - комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования), способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.</p>	<p>При лечении тяжелых больных (имеется угроза жизни) в реанимационных отделениях необходимо оказывать медицинскую помощь до достижения клинического эффекта, при этом затраты на лечение могут получиться больше запланированных и должны быть оплачены.</p> <p>Пациенты, нуждающиеся в экстренной и неотложной медицинской помощи, так же должны получить медицинскую помощь своевременно и в полном объеме. Количество таких пациентов заранее спланировать невозможно.</p> <p>В условиях одноканального финансирования других средств для осуществления качественной медицинской помощи нет (своевременная закупку лекарств, расходников, оборудования и т.п.).</p>	<p>б) соответствие стоимости оказанной застрахованным лицам медицинской помощи размеру финансового обеспечения объемов медицинской помощи, распределенных медицинской организации комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, созданной в субъекте Российской Федерации в соответствии с частью 9 статьи 36 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», (далее - комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования), способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи, <b>с учетом необходимости оплаты в полном объеме случаев оказания медицинской помощи больным с имеющейся угрозой жизни, нуждающихся в экстренной и неотложной медицинской помощи даже при превышении размеров финансирования.</b></p>
<p>8. В целях контроля оказанной застрахованному лицу медицинской помощи по профилю «онкология» страховая медицинская организация посредством информационного ресурса территориального фонда обязательного медицинского страхования</p>	<p>В пунктах не учтены инновации 326-ФЗ (прохождение счетов через ТФ, использование ГИИС ОМС), кроме того, возникновение новых приоритетных направлений будет приводить к порождению новых пунктов, а в предлагаемой редакции доста-</p>	<p>8. В целях контроля оказанной застрахованному лицу медицинской помощи по приоритетным направлениям, отраженным в Приложении* страховая медицинская организация посредством соответствующего сервиса ГИИС ОМС получает необходи-</p>

<p>(далее - территориальный фонд) ведет персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, по случаям подозрения на онкологическое заболевание или установленного диагноза онкологического заболевания, по впервые выявленному заболеванию или продолжающемуся лечению, обеспечивая сбор, обработку, передачу и хранение сведений об оказанной медицинской помощи в хронологической последовательности по датам оказания законченных случаев лечения и/или медицинских услуг<sup>[1]</sup>.</p> <p>9. В целях контроля оказанной застрахованному лицу медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий страховая медицинская организация посредством информационного ресурса территориального фонда ведет персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, начиная с даты установления диагноза «Женское бесплодие» (№ 97) и (или) «Мужское бесплодие» (№ 46) и до даты рождения ребенка, обеспечивая сбор, обработку, передачу и хранение сведений об оказанной медицинской помощи в хронологической последовательности по датам оказания законченных слу-</p>	<p>точно будет всего лишь дополнить Приложение.</p>	<p>мую для проведения контроля информацию о медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу. Территориальный и Федеральный фонды обеспечивают сбор, обработку, передачу и хранение сведений об оказанной медицинской помощи по приоритетным направлениям на платформе ГИИС ОМС.</p> <p>*В отдельное приложение вынести все приоритетные направления: онкология, ЭКО...</p>
--	---	---

<p>чаев лечения (законченных случаев госпитализации) и/или медицинских услуг<sup>4</sup>.</p>		
<p>Пункт 9</p>	<p>По реестрам счетов невозможно идентифицировать женщину, получившую медицинскую помощь в связи с мужским фактором, а также ребенка, рожденного при проведении ЭКО данной группе пациентов.</p> <p>В связи с тем, что в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 №803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» ЭКО проводится не сразу после установления факта бесплодия, а при неэффективности его лечения в течение 6 – 12 месяцев в зависимости от возраста женщины, персонифицированный учет сведений об оказанной данной категории пациентов медицинской помощи необходимо осуществлять при наличии факта бесплодия у женщины при условии проведения ей ЭКО.</p> <p>Правилами ОМС, приказами МЗ РФ не определен порядок ведения персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, начиная с даты установления диагноза «Женское бесплодие» и (или) «Мужское бесплодие» и до даты рождения ре-</p>	<p>Исключить пункт 9.</p>

	бенка медицинскими организациями, в связи с чем СМО не смогут это реализовать.	
<b>III. Медико-экономический контроль</b>		
	Наличие определенных компетенций у специалистов, ответственных/осуществляющих МЭК (обучение по модулю, кол-во часов; специальность – экономическое/IT/).	Определить требование к специалистам, осуществляющим МЭК
	Право медицинской организации (далее – МО) обжаловать результаты контрольно-экспертных мероприятий	Уточнить порядок и процедуру обжалования МО результатов медико-экономического контроля
		Нормативно урегулировать вопрос кем осуществляется повторный МЭК по случаям оказания медицинской помощи, предъявленным и оплаченным страховыми медицинскими организациями в 2020 году и ранее, но подлежащих снятию с оплаты по факту предоставления в ТФОМС сведений о принятом решении об оплате расходов на лечение застрахованного лица непосредственного после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве из отделений Фонда социального страхования РФ.
11. Медико-экономический контроль осуществляется в течение двух рабочих дней после представления медицинскими организациями реестров счетов на оплату медицинской помощи за счет средств обя-	В действующем Порядке осуществления контроля, утвержденном приказом ФФОМС от 28.02.2019 № 36, срок для проведения медико-экономического контроля (далее – МЭК) «в течение трех рабочих	Установить срок проведения медико-экономического контроля – в течение трех рабочих дней после представления медицинскими организациями реестров счетов на оплату медицинской помощи за счет

<p>зательного медицинского страхования, в автоматизированном режиме работниками:</p> <p>1) Федерального фонда обязательного медицинского страхования – в соответствии с договором в рамках базовой программы;</p> <p>2) территориальных фондов – в соответствии с договором по обязательному медицинскому страхованию.</p>	<p>дней после представления реестров счетов».</p>	<p>средств обязательного медицинского страхования, в автоматизированном режиме.</p>
<p>Пункт 12. При медико-экономическом контроле проводится контроль оказанной и поданной на оплату за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи:</p> <p>...</p> <p><b>выявления случаев повторных обращений по поводу одного и того же заболевания: в течение четырнадцати дней - при оказании медицинской помощи амбулаторно; в течение тридцати дней – при оказании медицинской помощи стационарно, в целях отбора случаев оказания медицинской помощи для проведения медико-экономической экспертизы и(или) экспертизы качества медицинской помощи;</b></p>	<p>Подача на оплату случаев повторных обращений по поводу одного и того же заболевания может не нарушать никакой нормы права, а оказание медицинской помощи по поводу второго обращения может быть обосновано клиническими показаниями. На этапе медико-экономического контроля (в отличие от МЭЭ / ЭКМП) - без оценки медицинской документации - это не представляется возможным.</p>	<p>12. При медико-экономическом контроле проводится контроль оказанной и поданной на оплату за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи:</p> <p>...</p> <p><del>выявления случаев повторных обращений по поводу одного и того же заболевания: в течение четырнадцати дней – при оказании медицинской помощи амбулаторно; в течение тридцати дней – при оказании медицинской помощи стационарно, в целях отбора случаев оказания медицинской помощи для проведения медико-экономической экспертизы и(или) экспертизы качества медицинской помощи;</del></p> <p>...</p>
<p><b>III. Медико-экономический контроль</b></p> <p><b>пункта 12 подпункт 2) 4 абзац</b></p> <p>«выявления случаев невключения или несвоевременного включения в группу диспансерного наблюдения застрахованных лиц, которым по результатам проведения</p>		<p>Дополнить</p> <p>: «... в том числе в целях отбора случаев оказания медицинской помощи для проведения медико-экономической экспертизы и(или) экспертизы качества</p>



профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение, а также несоблюдения установленной периодичности осмотров граждан, включенных в группы диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований»		медицинской помощи»
Пункт 12 подпункт 2) Абзац 9	Отсутствует нормативный документ, устанавливающий передачу Росздравнадзором в территориальные фонды ОМС сведений о летальных исходах граждан с новой коронавирусной инфекцией COVID-19	Слова «с учетом сведений Росздравнадзора» исключить
пункт 12 подпункта 2) Абзац 10	В соответствии со статьей 21 Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» медицинская помощь в экстренной форме оказывается с учетом сроков ее оказания, а не профиля койки	После слов «кроме случаев госпитализации по» дополнить словами «экстренным,»
Пункт 12, подпункт 2) абзац 10	Согласно абзацу 3 пункта 51 Порядка контроля профильность госпитализации относится к компетенции экспертизы качества медицинской помощи	Исключить слова: «для проведения медико-экономической экспертизы и(или)»
Пункт 12, подпункт 2	В целях выявления случаев отсутствия в реестрах счетов информации о проведенных ТМК НМИЦ для осуществления МЭЭ	Дополнить абзацем: «Выявление случаев, при которых в реестрах счетов не указан код 23 «особый случай», но территориальный фонд имеет сведения о проведении ТМК НМИЦ застрахованным лицам в пе-

		риод оказания им медицинской помощи (только для оказания МП в условиях КСС)»
<p>12. При медико-экономическом контроле проводится контроль оказанной и поданной на оплату за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи:</p> <p>2) по каждому страховому случаю в целях:</p> <p>выявления случаев госпитализации застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (далее – непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям, в том числе в целях отбора случаев оказания медицинской помощи для проведения медико-экономической экспертизы и(или) экспертизы качества медицинской помощи.</p>	<p>В действующем Порядке контроля выявление непрофильной госпитализации отнесено к медико-экономической экспертизе (далее – МЭЭ), которая проводится специалистом-экспертом, являющимся врачом. На стадии МЭЖ выявить указанные случаи не представляется возможным, поскольку этот вид контроля проводится в автоматизированном режиме работниками ТФОМС, не имеющими медицинского образования.</p>	<p>Пункт 12 подпункт 2 Абзац 10 исключить.</p>
<p>13. Выявленные в реестрах счетов нарушения отражаются в заключении о результатах медико-экономического контроля по форме согласно приложению 1 к настоящему Порядку с указанием суммы уменьшения счета в целом и по каждой записи реестра, содержащей сведения о нарушениях при оказании медицинской помощи и суммах неоплаты и (или) уменьшения оплаты оказанной медицинской помощи.</p> <p>При выявлении на основе сведений</p>	<p>В рамках проведения МЭЖ мероприятие, предусмотренное абзацем 2 пункта 13, осуществить не представляется возможным, поскольку МЭЖ проводится после представления медицинскими организациями реестров счетов на оплату медицинской помощи, т.е. по факту оказания медицинской помощи.</p>	<p>Пункт 13 Абзац 2 исключить.</p>

<p>информационного ресурса территориального фонда за истекшие сутки случая непрофильной госпитализации застрахованного лица при оказании ему медицинской помощи в плановой форме оформляется заключение о результатах медико-экономического контроля (приложение 1 к настоящему Порядку), которое дополнительно направляется руководителю медицинской организации, выдавшей направление на плановую госпитализацию и в орган государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья для принятия мер по обеспечению непрофильной госпитализации в течение суток со дня выявления случая непрофильной госпитализации.</p>		
<p>пункт 14 Абзац 1</p> <p>«Результаты медико-экономического контроля, оформленные, заключением, предусмотренные пунктом 13 настоящего Порядка, являются основанием для:» ...</p>	<p>Определить срок направления ТФОМС заключения по результатам медико-экономического контроля в страховую и медицинскую организации</p>	<p>Изложить в следующей редакции</p> <p>«Результаты медико-экономического контроля, оформленные, заключением, предусмотренные пунктом 13 настоящего Порядка, <b>направляются территориальным фондом в страховую организацию и медицинскую организацию в срок _____</b> и являются основанием для:»...</p>
<p>Пункт 15. При необходимости сумма средств обязательного медицинского страхования, не подлежащая оплате, определяется пропорционально численности лиц, застрахованных в каждой из страховой ме-</p>	<p>Предлагаемый измененный механизм позволит оценить объем МП, оказанный всеми МО в целом, и оплатить его в пределах установленного объема МП и его финансового обеспечения.</p>	<p>15. Сумма средств ОМС, не подлежащая оплате определяется с учетом объемов медицинской помощи, распределенных Комиссией. В случае, если суммарно по всем МО не превышен утвержденный объем ме-</p>

<p>дицинской организации.</p>		<p>дицинской помощи, оплате подлежит весь объем медицинской помощи с последующей корректировкой распределенных объемов Комиссией. Превышенные объемы оплачиваются по сниженным тарифам, утвержденным тарифным соглашением.</p>
<p>15. При выявлении при проведении территориальным фондом медико-экономического контроля превышения медицинской организацией объемов медицинской помощи, подлежащих оплате за счет средств обязательного медицинского страхования, и(или) их финансового обеспечения, установленных медицинской организации на соответствующий квартал решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, позиции реестра счета, содержащие сведения об оказанной медицинской помощи с наиболее поздней датой окончания лечения в отчетный период снимаются с оплаты на сумму превышенных объемов медицинской помощи и(или) на сумму превышения ее финансового обеспечения, исходя из установленного среднемесячного объема медицинской помощи и(или) ее финансового обеспечения, с учетом приоритетности оплаты медицинской помощи, оказанной в экстренной и неотложной форме, а также при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности населения в субъекте Российской Федерации.</p>	<p>П.15,16, 86 данного проекта приказа <b>неправомерны</b> в части отклонения счетов по причине превышения запланированных объемов и стоимости государственного задания . Для справки:</p> <p>«Аналитический центр Vademecum представил результаты мониторинга арбитражной практики – результатов рассмотрения исков медучреждений к страховым медицинским организациям по поводу взыскания компенсации за медпомощь, оказанную сверх выделенного объема. Таким образом за период с января 2019-го по май 2020 года клиникам удалось взыскать 751,6 млн рублей. Пять лет назад эта сумма не превышала 85 млн рублей.</p> <p>Сверхобъемы – медицинская помощь, оказанная медорганизацией сверх плана, установленного комиссией по разработке территориальной программы ОМС. Формально, оплата сверхобъемов запрещена законодательством, регламентирующим работу системы ОМС.</p> <p>Согласно ст. 39 326-ФЗ «Об ОМС», клиника заключает со страховой медицинской</p>	<p>15. При выявлении при проведении территориальным фондом медико-экономического контроля превышения медицинской организацией объемов медицинской помощи, подлежащих оплате за счет средств обязательного медицинского страхования, и(или) их финансового обеспечения, установленных медицинской организации на соответствующий месяц, решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, с учетом результатов контроля представленных к оплате счетов (МЭЭ, МЭК и ЭКМП), обеспечивается корректировка объемов и(или) их финансового обеспечения, установленных медицинской организации на соответствующий месяц за счет средств нормированного страхового запаса или путем приближения их с последующего периода в полном объеме.</p>

<p>В случае наличия в реестре счета двух и более позиций с одинаковой датой окончания лечения лиц, застрахованных в разных страховых медицинских организациях, снятию подлежат все позиции реестра счета с такой датой. При необходимости сумма средств обязательного медицинского страхования, не подлежащая оплате, определяется пропорционально численности лиц, застрахованных в каждой из страховой медицинской организации.</p>	<p>организацией (СМО) договор, оплата по которому производится на основании предоставленных реестров счетов и счетов на оплату медпомощи «в пределах объемов», установленных комиссией по разработке терпрограммы ОМС (ч.6 ст.39). Аналогичный тезис содержат Правила ОМС (Приказ Минздрава РФ №108н от 28 февраля 2019 года).</p> <p>Если медорганизация пролечила большее число пациентов, чем планировала комиссия, то формально это признается дефектом оказания помощи, о чем прямо говорится в пункте 5.3.2 Приложения №8 к приказу ФФОМС № 36 от 28 февраля 2019 года. Но в том же 326-ФЗ подчеркивается, что отказывать в помощи пациенту медорганизация не вправе (ч.5 ст.39). Об этом же говорится и в 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья».</p> <p>Судебная коллегия по экономическим спорам Верховного суда РФ в октябре 2018 года (определение № 308-ЭС19-17631) обозначила, что сверхобъемы медпомощи, оказанной и учтенной без нарушений, должны быть оплачены. Помимо указания на невозможность отказа в медпомощи, в определении приводятся следующие обоснования:</p> <p>– медорганизации не должны нести негативные последствия за недостатки планирования программы ОМС, прогнозирова-</p>	
---	---	--

	<p>ния заболеваемости населения, а также за несвоевременность корректировки объемов;</p> <p>– оказание медпомощи сверх установленного договором объема не освобождает СМО от ее оплаты;</p> <p>– возможность оказания бесплатной медицинской помощи в рамках программы ОМС не зависит от запланированного объема таких услуг или превышения распределенного объема.»</p> <p>Кроме этого, отклонение в отчетном периоде должно производиться не по дате, а по стоимости под контрольные утвержденные суммы в разрезе каждой СМО с последующей корректировкой ГЗ на следующий месяц с учетом превышенных стоимости и объемов в предыдущем месяце.</p>	
<p>15. При выявлении при проведении территориальным фондом медико-экономического контроля превышения медицинской организацией объемов медицинской помощи, подлежащих оплате за счет средств обязательного медицинского страхования, и(или) их финансового обеспечения, установленных медицинской организации на соответствующий квартал решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного ме-</p>	<p>Оплата за медицинскую помощь, оказанную в экстренной и неотложной форме, а также больным с угрозой жизни, должна быть оплачена в полном объеме. Количество таких пациентов невозможно запланировать заранее, отказ в медпомощи недопустим.</p>	<p>15. При выявлении при проведении территориальным фондом медико-экономического контроля превышения медицинской организацией объемов медицинской помощи, подлежащих оплате за счет средств обязательного медицинского страхования, и(или) их финансового обеспечения, установленных медицинской организации на соответствующий квартал решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного ме-</p>

дицинского страхования, позиции реестра счета, содержащие сведения об оказанной медицинской помощи с наиболее поздней датой окончания лечения в отчетный период снимаются с оплаты на сумму превышенных объемов медицинской помощи и(или) на сумму превышения ее финансового обеспечения, исходя из установленного среднемесячного объема медицинской помощи и(или) ее финансового обеспечения, с учетом приоритетности оплаты медицинской помощи, оказанной в экстренной и неотложной форме, а также при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности населения в субъекте Российской Федерации.

дицинского страхования, позиции реестра счета, содержащие сведения об оказанной медицинской помощи с наиболее поздней датой окончания лечения в отчетный период снимаются с оплаты на сумму превышенных объемов медицинской помощи и(или) на сумму превышения ее финансового обеспечения, исходя из установленного среднемесячного объема медицинской помощи и(или) ее финансового обеспечения, *за исключением медицинской помощи пациентам, у которых имеется угроза жизни,* с учетом приоритетности оплаты медицинской помощи, оказанной в экстренной и неотложной форме, а также при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности населения в субъекте Российской Федерации.

<p>15. При выявлении при проведении территориальным фондом медико-экономического контроля превышения медицинской организацией объемов медицинской помощи, подлежащих оплате за счет средств обязательного медицинского страхования, и(или) их финансового обеспечения, установленных медицинской организации на соответствующий квартал решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, позиции реестра счета, содержащие сведения об оказанной медицинской помощи с наиболее поздней датой окончания лечения в отчетный период снимаются с оплаты на сумму превышенных объемов медицинской помощи и(или) на сумму превышения ее финансового обеспечения, исходя из установленного среднемесячного объема медицинской помощи и(или) ее финансового обеспечения, с учетом приоритетности оплаты медицинской помощи, оказанной в экстренной и неотложной форме, а также при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности населения в субъекте Российской Федерации</p>	<p>При заболеваниях, являющихся основными причинами смертности населения в субъекте Российской Федерации - каким нормативным документом устанавливается список таких заболеваний? Что делать, если весь реестр состоит из экстренных и неотложных и таких заболеваний? Например, онкодиспансер подал на оплату только случаи онкологии, что входит в список заболеваний, и экстренную помощь. Как это должно быть учтено, какому условию - экстренность или заболевание следует отдать приоритет? Предлагаем такие усложнения исключить.</p>	<p>15. При выявлении при проведении территориальным фондом медико-экономического контроля превышения медицинской организацией объемов медицинской помощи, подлежащих оплате за счет средств обязательного медицинского страхования, и(или) их финансового обеспечения, установленных медицинской организации на соответствующий квартал решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, позиции реестра счета, содержащие сведения об оказанной медицинской помощи с наиболее поздней датой окончания лечения в отчетный период снимаются с оплаты на сумму превышенных объемов медицинской помощи и(или) на сумму превышения ее финансового обеспечения, исходя из установленного среднемесячного объема медицинской помощи и(или) ее финансового обеспечения, с учетом приоритетности оплаты медицинской помощи, оказанной в экстренной и неотложной форме, а также при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности населения в субъекте Российской Федерации</p>
---	--	---



Пункт 15, второй абзац	Сумма средств при превышении объемов или финансового обеспечения в соответствии с методикой применения санкций, определенной 326-ФЗ и Правилами ОМС, определяется стоимостью оплаты случая и не может применяться по нескольким случаям при наличии в реестре счета двух и более позиций с одинаковой датой окончания лечения лиц, застрахованных в разных страховых медицинских организациях, а также не может быть частичной и определяться пропорционально численности лиц, застрахованных в каждой из страховой медицинской организации.	Исключить второй абзац пункта 15.
------------------------	--	-----------------------------------

<p>пункт 16. Медицинская организация вправе однократно представить в территориальный фонд на оплату за счет средств обязательного медицинского страхования ранее отклоненные позиции реестра счета в связи с выявлением нарушений при оказании медицинской помощи (дефектов) в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), установленных разделом I приложения 8 к настоящему Порядку, отнесенных к кодам 1.4.1 – 1.4.6, 1.5.1 – 1.5.4, 1.7.1, 1.7.2 не позднее семи рабочих дней со дня получения заключения по результатам медико-экономического контроля а также в случае принятия комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования решения об увеличении медицинской организации объемов медицинской помощи и(или) ее финансового обеспечения в отчетном периоде в срок до 1 числа месяца, следующего за месяцем получения медицинской организацией от территориального фонда заключения по результатам медико-экономического контроля – к кодам 1.6.2, 1.6.3.</p>	<p>Необходимо учитывать сложность автоматизированной программы, количество подаваемых счетов реестров, возможности нарушений со стороны интернет связи</p>	<p>16. Медицинская организация вправе однократно представить в территориальный фонд на оплату за счет средств обязательного медицинского страхования, ранее отклоненные позиции реестра счета в связи с выявлением нарушений при оказании медицинской помощи (дефектов) в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), установленных разделом I приложения 8 к настоящему Порядку, отнесенных к кодам 1.4.1 – 1.4.6, 1.5.1 – 1.5.4, 1.7.1, 1.7.2, не позднее десяти рабочих дней со дня получения заключения по результатам медико-экономического контроля а также в случае принятия комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования решения об увеличении медицинской организации объемов медицинской помощи и(или) ее финансового обеспечения в отчетном периоде в срок до 1 числа месяца, следующего за месяцем получения медицинской организацией от территориального фонда заключения по результатам медико-экономического контроля – к кодам 1.6.2, 1.6.3.</p>
---	--	---

<p>16. Медицинская организация вправе однократно представить в территориальный фонд на оплату за счет средств обязательного медицинского страхования ранее отклоненные позиции реестра счета в связи с выявлением нарушений при оказании медицинской помощи (дефектов) в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), установленных разделом I приложения 8 к настоящему Порядку, отнесенных к кодам 1.4.1 – 1.4.6, 1.5.1 – 1.5.4, 1.7.1, 1.7.2 не позднее семи рабочих дней со дня получения заключения по результатам медико-экономического контроля а также в случае принятия комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования решения об увеличении медицинской организации объемов медицинской помощи и(или) ее финансового обеспечения в отчетном периоде в срок до 1 числа месяца, следующего за месяцем получения медицинской организацией от территориального фонда заключения по результатам медико-экономического контроля – к кодам 1.6.2, 1.6.3.</p>	<p>Написано сложно для понимания. Если мы правильно поняли, то счета, например, за январь, выставленные в первые 5 рабочих дней месяца, следующего за отчетным, в течение 2 дней подвергаются МЭК, на 3-5 день ЛПУ получает заключение МЭК, в течение 7 рабочих дней исправляет ошибки по кодам 1.4.1 – 1.4.6, 1.5.1 – 1.5.4, 1.7.1, 1.7.2 и выставляет их вновь до 20 февраля. Одновременно ТФОМС с 12 февраля анализирует ошибки по кодам 1.6.2, 1.6.3. по всему региону и проводит корректировку ГЗ по каждому ЛПУ с целью устранения отклонений по превышению объемов и стоимости ГЗ с учетом проведенной по этим случаям МЭЭ. Решение о корректировке принимается комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования. После этого до ЛПУ доводится принятое решение и ЛПУ до конца февраля должны довыставить отклоненные по ошибкам 1.6.2, 1.6.3 счета. Параллельно этому эксперты СМО по информации от ТФОМС проводят с 17.02 (5 дней на подготовку мед. документации по запросу СМО) МЭЭ по отклоненным случаям с превышением ГЗ по каждому ЛПУ, оформляют результаты актами (5 дней), проходят процедуру подписания (10 дней) и доводят результаты до сведения ТФОМС (1 день). Учитывая, что даже при незначительном количестве отклоненных от оплаты случаев</p>	<p>16. Медицинская организация в течение первых 5 рабочих дней месяца, следующего за отчетным, вправе однократно, не позднее семи рабочих дней со дня получения заключения по результатам медико-экономического контроля в отчетном периоде, или повторно в следующем за отчетным периоде представить в территориальный фонд на оплату за счет средств обязательного медицинского страхования ранее отклоненные позиции реестра счета в связи с выявлением нарушений при оказании медицинской помощи (дефектов) в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), установленных разделом I приложения 8 к настоящему Порядку, отнесенных к кодам 1.4.1 – 1.4.6, 1.5.1 – 1.5.4, 1.7.1, 1.7.2, 1.6.2, 1.6.3. При этом, сумма средств, отклоненная от оплаты по кодам 1.6.2. и 1.6.3. не удерживается из целевых средств и не учитывается при формировании нормированного страхового запаса ТФОМС</p>
---	--	---

	<p>выполнить эту работу в такие сроки невозможно, а отклоненных счетов по факту бывает очень много, то своевременно получить информацию ТФОМС не сможет. Соответственно Комиссия решение не примет, а ЛПУ счета в феврале не довыставит. А согласно п.п. 4 п. 86 повторно выставить счета, отклоненные по п. 16, ЛПУ не выставит. Кроме этого, для необходимой корректировки ТФОМС должен иметь на счету необходимую сумму, что бывает не всегда, а процесс получения субсидий от ФФОМС крайне длителен. В пункте 16 также отсутствуют сроки выставления счетов. Таким образом, участники договорных отношений не смогут выполнить необходимые процедуры до конца отчетного периода (до конца февраля), что в сочетании с п.86 приведет к неоплате оказанной медицинской помощи.</p>	
--	--	--

	<p>Уточняется порядок и срок передачи фондом ОМС заключения по МЭЖ и счета с реестром счетов СМО с учетом получения ранее отклоненных позиций реестра.</p>	<p>16.1. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования после принятия ранее отклоненных позиций реестра счета включает их в общую сумму счета, подлежащего оплате за счет средств обязательного медицинского страхования и в течение 2-х дней со дня получения ранее отклоненных позиций реестра счета передает заключение, счет и реестр счета в электронных файлах страховой медицинской организации на оплату.</p>
<p><b>IV. Медико-экономическая экспертиза</b></p>		
<p>П. 19, п.20</p> <p>Плановые МЭЭ предусматриваются только в варианте тематических, исключаются МЭЭ случайной выборки.</p> <p>Плановая медико-экономическая экспертиза проводится в отношении определенной совокупности принятых к оплате случаев оказания медицинской помощи, отобранных по тематическим признакам</p>	<p>Ежемесячное проведение МЭЭ во одномоментно во всех медицинских организациях не возможно из-за не однородности профиля оказываемой помощи, возрастной структуры, утвержденных порядков, маршрутизации ЗЛ при оказании помощи.</p> <p>Риск невыполнения ежемесячного норматива объема плановых экспертиз даже с учетом внеплановых МЭЭ (н-р: частные стоматологические клиники, территории с малой численностью ЗЛ – следовательно объем реестров-счетов малый)</p>	<p>Оставить действующий текст п. 19 приказа ФФОМС № 36 от 29.02.2019г. См. п.19 /(метод случайной выборки и по тематической однородной Совокупности)</p>

<p>20. Плановая медико-экономическая экспертиза проводится в отношении определенной совокупности принятых к оплате случаев оказания медицинской помощи, отобранных по тематическим признакам (например, частота и виды послеоперационных осложнений, своевременность и продолжительность лечения, полнота оказания медицинских услуг, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи, стоимость медицинских услуг) в группе медицинских организаций, предоставляющих медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию одного вида или в одних условиях.</p>	<p>Определяется период, за который должна проводиться экспертиза с учетом даты получения заключения о результатах МЭК от фонда ОМС</p>	<p>20. Плановая медико-экономическая экспертиза проводится в отношении определенной совокупности принятых к оплате случаев оказания медицинской помощи, отобранных по тематическим признакам (например, частота и виды послеоперационных осложнений, своевременность и продолжительность лечения, полнота оказания медицинских услуг, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи, стоимость медицинских услуг) в группе медицинских организаций, предоставляющих медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию одного вида или в одних условиях, <b>в пределах одного года с даты получения от ТФОМС заключения о результатах медико-экономического контроля.</b></p>
<p>Пункт 20</p>	<p>Предусмотрена только плановая тематическая МЭЭ в группе медицинских организаций, что делает невозможным проведение МЭЭ в МО в соответствии с планом проверок, предусмотренным данным Порядком. Буквальное содержание пункта 20 противоречит пункту 22 Порядка в части сроков выполнения МЭЭ. Кроме того, содержание Порядка не логично: тематическая МЭЭ квалифицируется как «плановая», тематическая ЭКМП квалифицируется как «внеплановая» (пункт 38). Требуется разделение понятий «плановая»</p>	<p>Добавить возможность проведения плановой МЭЭ методом случайной выборки.</p> <p>Разделить понятия «плановая» МЭЭ и «целевая тематическая» МЭЭ.</p> <p>Пункт 20 после скобок изложить в редакции: «в одной медицинской организации или группе медицинских организаций...»</p>

	<p>и «внеплановая тематическая» МЭЭ с целью разделения сроков их выполнения, а также сохранения единых подходов к организации контроля по всему тексту документа.</p> <p>Также целесообразно предусмотреть возможность выполнения тематической экспертизы не только в нескольких МО, но и в одной МО. Объединение нескольких МО в одной тематической МЭЭ не всегда необходимо, исходя из сути выявленных нарушений.</p>	
Пункт 21	<p>Как плановая, так и целевая экспертиза принципиально ни целями, ни содержанием не отличаются друг от друга. В абзаце первом пункта 21 в предложении: «При проведении плановой МЭЭ оцениваются», - уточнение «плановой» лишнее.</p>	<p>Исключить из предложения слово «плановой».</p> <p>Логично этот пункт нумеровать 19-м.</p>
<p>21. При проведении плановой медико-экономической экспертизы оцениваются:</p> <p>1) частота нарушений прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в объеме, сроках и на условиях, установленных договором по обязательному медицинскому страхованию или договором в рамках базовой программы, а также причины выявленных нарушений;</p> <p>2) частота нарушений медицинской организацией, связанных с формированием реестров счетов;</p> <p>...</p>	<p>Одна МЭЭ проводится в отношении 1 страхового случая. Частоту нарушений в рамках 1 страхового случая определять не информативно (либо нарушение либо есть, либо его нет).</p> <p>Однозначные причины нарушений при проведении МЭЭ выявить не представляется возможным в виду ограниченности представляемых на МЭЭ материалов. К задаче специалиста-эксперта, проводящего МЭЭ, не относится установление причин выявленных нарушений, а его предположение (нарушение стандарта оснащения МО, халатность или недостаточность</p>	<p>21. При проведении плановой медико-экономической экспертизы оцениваются:</p> <p>1) нарушения прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в объеме, сроках и на условиях, установленных договором по обязательному медицинскому страхованию или договором в рамках базовой программы;</p> <p>2) нарушения медицинской организацией, связанные с формированием реестров счетов;</p> <p>...</p>

	<p>значний, медицинского работника, наличие злого умысла) является исключительно домыслом.</p> <p>МЭЭ не может подменять под собой государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности, проводимый Росздравнадзором. Методикой и целью МЭЭ не предусмотрено изучение соответствия МО стандарту оснащения, так как объект МЭЭ - это медицинская помощь, а не медицинская организация.</p>	
<p>Пункт 22. Плановая медико-экономическая экспертиза осуществляется в течение <b>одного</b> месяца с рабочего дня, <b>следующего за днем оформления заключения о результатах медико-экономического контроля</b>, за исключением случаев, предусмотренных подпунктом 6 пункта 21 настоящего Порядка, при которых плановая медико-экономическая экспертиза осуществляется в течение двух рабочих дней со дня получения страховой медицинской организацией информации о случае проведения консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Дата начала срока исчисления проведения МЭЭ не зависит от МО, так как СМО не оформляет самостоятельно заключения о результатах МЭК.</li> <li>2. Снижение срока проведения МЭЭ до 1 месяца не оставит временной возможности запроса доп. материалов (например, учетно-отчетной и прочей документации МО),</li> <li>3. Срок проведения МЭЭ включает период, в течение которого проведение МЭЭ является невозможным, - это период до момента предоставления МО медицинской документации и иных документов, запрошенных на МЭЭ. При чем это время включает в себя не только срок предоставления медицинской документации (5 рабочих дней), но и срок почтового отправления.</li> </ol>	<p>22. Плановая медико-экономическая экспертиза осуществляется в течение <b>двух месяцев с рабочего дня, следующего за днем получения от медицинской организации медицинской документации и иных материалов по страховому случаю, запрошенных на экспертизу</b>, за исключением случаев, предусмотренных подпунктом 6 пункта 21 настоящего Порядка, при которых плановая медико-экономическая экспертиза осуществляется в течение двух рабочих дней со дня получения страховой медицинской организацией информации о случае проведения консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий.</p>
<p><b>22.</b> Плановая медико-экономическая экспертиза осуществляется в течение одного месяца с рабочего дня, следующего за днем</p>	<p>В проекте нового приказа не установлены критерии оценки при проведении консультаций /консилиумов с применением теле-</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Добавить критерии оценки проведения МЭЭ по незаконченному случаю: -оформление протокола консультаций</li> </ol>



<p>оформления заключения о результатах медико-экономического контроля, за исключением случаев, предусмотренных подпунктом 6 пункта 21 настоящего Порядка, при которых плановая медико-экономическая экспертиза осуществляется в течение двух рабочих дней со дня получения страховой медицинской организацией информации о случае проведения консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий.</p>	<p>медицинских технологий.</p>	<p>/консилиумов с применением телемедицинских технологий, -внесение изменений в план обследования и лечения по результатам консультаций /консилиумов с применением телемедицинских технологий. 2. Внести рекомендуемый образец заключения по результату проведенной плановой МЭЭ по случаям консультаций /консилиумов с применением телемедицинских технологий.</p>
<p>пункт 23 Подпункт 1)</p>	<p>К прерванным случаям оказания медицинской помощи в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации и ФОМС, относятся случаи, закончившиеся переводом пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выпиской пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальным исходом, при проведении диагностических исследований в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, случаи лечения, длительность которых составляет 3 дня и менее.</p> <p>По случаям летальных исходов предусмотрено проведение экспертизы качества медицинской помощи, переводы паци-</p>	<p>Слова «(при наличии прерванных случаев госпитализации)» исключить. Слова «при одновременном оказании застрахованным лицам в указанный период медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением экстренной стоматологической помощи)» исключить.</p>

	<p>ентов и выписка их при отказе от дальнейшего лечения не является нарушением со стороны медицинской организации при оказании медицинской помощи застрахованному лицу.</p> <p>Кроме того, одновременное оказание медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях не является повторным обращением и контролируется при проведении медико-экономического контроля (далее – МЭК).</p> <p>Также, стоматологическая помощь в амбулаторных условиях оказывается либо в плановой, либо в неотложной форме.</p>	
<p>Пункт 23. Внеплановая медико-экономическая экспертиза проводится во всех случаях:</p> <p>...</p> <p>1) повторных обращений по поводу одного и того же заболевания в течение четырнадцати дней при оказании медицинской помощи амбулаторно, в течение тридцати дней при оказании медицинской помощи в круглосуточном стационаре (при наличии прерванных случаев госпитализации), при одновременном оказании застрахованным лицам в указанный период медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением экстренной стоматологической помощи);</p>	<p>1. 14 дней является слишком малым периодом, необходимо расширить выборку до 30 дней.</p> <p>2. Следует также предложить проведение МЭЭ по запросам следственных органов Следственного комитета Российской Федерации, а не ограничиваться только лишь прокуратурой.</p>	<p>23. Внеплановая медико-экономическая экспертиза проводится во всех случаях:</p> <p>...</p> <p>1) повторных обращений по поводу одного и того же заболевания в течение <b>тридцати</b> дней при оказании медицинской помощи амбулаторно и при оказании медицинской помощи в круглосуточном стационаре (при наличии прерванных случаев госпитализации), при одновременном оказании застрахованным лицам в указанный период медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением экстренной стоматологической помощи);</p> <p>б) поручения Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в том</p>

<p>б) поручения Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в том числе в соответствии с запросом Министерства здравоохранения Российской Федерации, органа государственного контроля (надзора), а также в соответствии с поручениями Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации и на основании требования прокурора о проведении внеплановой проверки в рамках надзора за исполнением законов по поступившим в органы прокуратуры материалам и обращениям.</p>		<p>числе в соответствии с запросом Министерства здравоохранения Российской Федерации, органа государственного контроля (надзора), а также в соответствии с поручениями Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации, на основании требования прокурора о проведении внеплановой проверки в рамках надзора за исполнением законов по поступившим в органы прокуратуры материалам и обращениям, <b>а также по запросу следственных органов Следственного комитета Российской Федерации.</b></p>
<p>23. Внеплановая медико-экономическая экспертиза проводится во всех случаях:</p> <p>б) поручения Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в том числе в соответствии с запросом Министерства здравоохранения Российской Федерации, органа государственного контроля (надзора), а также в соответствии с поручениями Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации и на основании требования прокурора о проведении внеплановой проверки в рамках надзора за исполнением законов по поступившим в органы прокуратуры материалам и обращениям;</p>	<p>У СМО отсутствует договор на оказание и оплату МП с ФМО, следовательно, СМО не имеет права проводить экспертный контроль в этих МО. Перенаправление в СМО обращений застрахованных и надзорных органов для проведения медико-экономических экспертиз в рамках базовой программы ОМС также не дает СМО право</p>	<p>23. Внеплановая медико-экономическая экспертиза проводится во всех случаях:</p> <p>б) поручения Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в том числе в соответствии с запросом Министерства здравоохранения Российской Федерации, органа государственного контроля (надзора), а также в соответствии с поручениями Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации и на основании требования прокурора о проведении внеплановой проверки в рамках надзора за исполнением законов по поступившим в органы прокуратуры материалам и обращениям, <b>за исключением случаев оказания медицинской помощи по базовой программе в федеральных медицинских организациях;</b></p>

	применения финансовых санкций, в связи с чем в данный пункт вносятся дополнения, исключающие поручения по случаям оказания МП в ФМО.	
Пункт 23, подпункт 5		не совсем понятно, как будет производиться медико-экономическая экспертиза летальных исходов вне медицинского учреждения при смерти до прибытия бригады скорой помощи — в чем предмет экспертизы? Бензин, потраченный машиной скорой помощи (?). Какие документы будут анализироваться
П. 23 7) отсутствия факта, подтверждающего постановку на учет по беременности, в течение 12 недель после проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения.	Существующий формат передачи реестров не позволяет отследить постановку на учет по беременности.  Случай на оплату подается после завершения наблюдения за беременностью, через несколько месяцев после постановки на д учет.	Необходима доработка формата пакета данных при передаче МО-ТФОМС-СМО.  Либо ведение регистра женщин, ожидающих/прошедших ЭКО.
П. 23 поводы для проведения внеплановой МЭЭ	Отсутствие целесообразности отдельных поводов для проведения внеплановой МЭЭ: 5) летального исхода вне медицинской организации до приезда бригады скорой медицинской помощи; 7) отсутствия факта, подтверждающего постановку на учет по беременности, в течение 12 недель после проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения. Для возможности назначения проведения СМО МЭЭ в случаях дефектов, выявлен-	Исключить подпункты 5, 7.  Добавить повод: «по заданию ТФОМС»  Подпункт 6) дополнить повод: «по запросу правоохранительных органов»  Подпункт 1) дополнить словами: «в амбулаторных условиях ...(за исключением случаев по обращениям в связи с выпиской лекарственных препаратов группам населения, при амбулаторном лечении ко-

	<p>ных ТФОМС и МЗ ПК. Для возможности проведения МЭЭ по запросам правоохранительных органов (полиции, следственного комитета)</p> <p>С целью сохранения единых подходов к отбору случаев для внепланового контроля целесообразно дублировать исключения из общего правила для МЭЭ и ЭКМП</p>	<p>торых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей бесплатно и с 50-процентной скидкой, наблюдения беременных женщин, посещений, связанных с выдачей справок и иных медицинских документов); в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара за исключением случаев получения застрахованными лицами услуг диализа по поводу ХПН терминальной стадии»</p>
<p>П. 23 8) оказания медицинской помощи застрахованным лицам без указания в реестре счета признака летального исхода, по которым территориальный фонд имеет сведения о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи.</p>	<p>Нет пояснений, какие случаи берутся на экспертизу, какой глубины (периода предшествующий летальному исходу), какая мед документация подвергается экспертизе.</p> <p>Могут быть случаи летального исхода, а ЗЛ не обращался в течение года за медпомощью.</p>	
<p>Пункт 24. Внеплановая медико-экономическая экспертиза проводится в течение пятнадцати календарных дней по случаям, указанным в:</p> <p>1) подпунктах 1, 3 – 5 пункта 23 настоящего Порядка – с рабочего дня, следующего за днем оформления заключения по результатам медико-экономического контроля (приложение 1 к настоящему Порядку);</p> <p>2) подпункте 2 пункта 23 настоящего Порядка – с рабочего дня, следующего за</p>	<p>Срок проведения МЭЭ включает период, до момента предоставления МО медицинской документации и иных документов, запрошенных на МЭЭ. При чем это время включает в себя не только срок предоставления медицинской документации (5 рабочих дней), но и срок почтового отправления.</p> <p>Срок исчисляется ото дня получения ТФОМС указанных сведений</p>	<p>24. Внеплановая медико-экономическая экспертиза проводится в течение <b>месяца с рабочего дня, следующего за днем получения от медицинской организации медицинской документации и иных материалов по страховому случаю, запрошенных на экспертизу.</b></p>

<p>днем регистрации обращения застрахованного лица или его представителя; Срок проведения внеплановой медико-экономической экспертизы по случаям, предусмотренным настоящим подпунктом, не зависит от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи и может быть продлен на срок не более тридцати календарных дней при необходимости рассмотрения случая(ев) оказания медицинской помощи в рамках внеплановой экспертизы качества медицинской помощи.</p> <p>3) подпункте 6 пункта 23 настоящего Порядка – с рабочего дня, следующего за днем получения соответствующего поручения (запроса, требования);</p> <p>4) подпункте 7 пункта 23 настоящего Порядка – по истечению 12 недель после проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения;</p> <p>5) подпункте 8 пункта 23 настоящего Порядка – с рабочего дня, следующего за днем получения территориальным фондом сведений о смерти застрахованного лица.</p>	<p>Возможно направление МО в СМО запрошенной медицинской документацией почтовым отправлением с продолжительным сроком доставки (Почта России и другие).</p> <p>В территориальную программу ОМС включаются МО, расположенные на территории другого субъекта РФ.</p> <p>На получение медицинской документации теряется значительно большее количество дней, чем срок предоставления медицинской документации (то есть значительно больше, чем 5 рабочих дней, - вплоть до 15 календарных дней и более).</p>	
<p>24. Внеплановая медико-экономическая экспертиза проводится в течение пятнадцати календарных дней по случаям, указанным в:</p> <p>1) подпунктах 1, 3 – 5 пункта 23 настоящего Порядка – с рабочего дня, следующего за днем оформления заключения</p>	<p>Предлагается установить для проведения экспертизы единый срок тридцать календарных дней, без дифференциации по причинам ее проведения.</p> <p>В п/п 1) предлагается слово «оформление» заменить на слово «получение», т.к. СМО может проводить экспертизу только после получения заключения по результа-</p>	<p>24. Внеплановая медико-экономическая экспертиза проводится в течение <del>пятнадцати календарных дней</del> <b>тридцати календарных дней</b> по случаям, указанным в:</p> <p>1) подпунктах 1, 3 – 5 пункта 23 настоящего Порядка – с рабочего дня, следующего за днем <del>оформления</del> <b>получения</b> заключения по результатам медико-экономического контроля (приложение 1 к</p>

<p>по результатам медико-экономического контроля (приложение 1 к настоящему Порядку);</p> <p>5) подпункте 8 пункта 23 настоящего Порядка – с рабочего дня, следующего за днем получения территориальным фондом сведений о смерти застрахованного лица.</p>	<p>там МЭК.</p> <p>В п/п 5) предлагается слова «территориальным фондом» заменить на слова «Страховой медицинской организацией», так как экспертизу по летальным случаям СМО может проводить при наличии сведений о них.</p>	<p>настоящему Порядку);</p> <p>5) подпункте 8 пункта 23 настоящего Порядка – с рабочего дня, следующего за днем получения <del>территориальным фондом</del> <b>страховой медицинской организацией</b> сведений о смерти застрахованного лица.</p>
<p>П. 25, последний абзац:</p> <p>При выявлении в медицинской организации нарушений при оказании медицинской помощи (дефектов) в соответствии с разделом II приложения 8 к настоящему Порядку в объеме менее пяти процентов от количества принятых на оплату случаев оказания медицинской помощи в отчетном месяце и (или) сумма неоплаты и (или) уменьшения оплаты указанной медицинской помощи составила менее трех процентов от суммы принятого к оплате счета, объем ежемесячных медико-экономических экспертиз по соответствующему условию оказания медицинской помощи сокращается на тридцать процентов.</p>	<p>Риск невыполнения объемов медико-экономических экспертиз, определенных Порядком контроля.</p> <p>Риск увеличения количества необоснованных дефектов.</p>	<p>исключить</p>
<p>25. Объем ежемесячных медико-экономических экспертиз (плановых и внеплановых) от числа принятых к оплате случаев оказания медицинской помощи в каждой медицинской организации составляет не менее:</p>	<p>Не определены сроки</p>	<p>Уточнить – на какой период по соответствующему условию оказания медицинской помощи сокращается объем проверок.</p> <p><b>Пункт 25 требует дополнительной проработки из-за рисков невыполнения</b></p>

<p>1) при оказании медицинской помощи вне медицинской организации - 2%;</p> <p>2) при оказании медицинской помощи амбулаторно - 0,5%;</p> <p>3) при оказании медицинской помощи в дневном стационаре - 6%;</p> <p>4) при оказании медицинской помощи стационарно - 6%.</p> <p>При выявлении в медицинской организации нарушений при оказании медицинской помощи (дефектов) в соответствии с разделом II приложения 8 к настоящему Порядку в объеме менее пяти процентов от количества принятых на оплату случаев оказания медицинской помощи в отчетном месяце и (или) сумма неоплаты и (или) уменьшения оплаты указанной медицинской помощи составила менее трех процентов от суммы принятого к оплате счета, объем ежемесячных медико-экономических экспертиз по соответствующему условию оказания медицинской помощи сокращается на тридцать процентов.</p>		<p><b>объемов экспертиз..., а также уточнения периода сокращения объема проверок</b></p> <p><b>В целом деятельность медицинской организации не должна превращаться исключительно в проверочный процесс</b></p>
<p>25. ... При выявлении в медицинской организации нарушений при оказании медицинской помощи (дефектов) в соответствии с разделом II приложения 8 к настоящему Порядку в объеме менее пяти процентов от количества принятых на оплату случаев оказания медицинской помощи в отчетном месяце и (или) сумма неоплаты и (или) уменьшения оплаты указанной медицин-</p>	<p>1. Не ясно, необходимо ли снижать количество МЭЭ на 30% от числа фактически проведенных в предыдущем месяце МЭЭ или на 30% от числа минимального количества МЭЭ, вмененного п.25? Допустимо ли применять нарастающее снижение?</p> <p>2. Не ясно, необходимо ли будет увеличивать количество МЭЭ, если частота нару-</p>	<p>25. ... При выявлении в медицинской организации нарушений при оказании медицинской помощи (дефектов) в соответствии с разделом II приложения 8 к настоящему Порядку в объеме менее пяти процентов от количества принятых на оплату случаев оказания медицинской помощи в отчетном месяце и (или) сумма неоплаты и (или) уменьшения оплаты указанной ме-</p>



<p>ской помощи составила менее трех процентов от суммы принятого к оплате счета, <b>объем ежемесячных медико-экономических экспертиз по соответствующему условию оказания медицинской помощи сокращается на тридцать процентов.</b></p>	<p>шений или суммы неоплаты и (или) уменьшения оплаты увеличится?</p> <p>3. МО, соответствующие указанным в п.25 требованиям, - более 99%. Например, получается, что спустя несколько месяцев (убывающим итогом), объем МЭЭ по стационару и дневному стационару составит вместо 6% - 1%, а спустя 12 месяцев - 0.12%. То есть в течение года останутся только внеплановые МЭЭ.</p>	<p>дицинской помощи составила менее трех процентов от суммы принятого к оплате счета, <b>минимальный объем ежемесячных медико-экономических экспертиз по соответствующему условию оказания медицинской помощи сокращается на тридцать процентов от объема медико-экономических экспертиз, проведенных в предыдущем месяце.</b></p>
<p>Пункт 26 Проекта</p>	<p>Необходимо предусмотреть не обязанность территориального фонда поручать внеплановую ЭКМП, а возможность с учетом особенностей региона (увеличение ОРВИ в весенне – осенний период, травм – в зимний период и др.).</p>	<p><b>Слово «поручает» заменить словами «может поручить»</b></p>
<p>Пункт 26. В случае если количество поданных на оплату случаев оказания медицинской помощи по условиям оказания (амбулаторно, стационарно, в дневном стационаре, вне медицинской организации) в отчетном месяце увеличилось на десять процентов по сравнению с предыдущим месяцем и (или) аналогичным периодом предыдущего календарного года (за исключением условий чрезвычайной ситуации и (или) возникновения угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих), территориальный фонд поручает страховой медицинской организации проведение <b>внеплановой экс-</b></p>	<p>Проведение ЭКМП в данном случае является излишним. Целям контроля обоснованности подачи на оплату страховых случаев отвечает МЭЭ.</p>	<p>26. В случае, если количество поданных на оплату случаев оказания медицинской помощи по условиям оказания (амбулаторно, стационарно, в дневном стационаре, вне медицинской организации) в отчетном месяце увеличилось на десять процентов по сравнению с предыдущим месяцем и (или) аналогичным периодом предыдущего календарного года (за исключением условий чрезвычайной ситуации и (или) возникновения угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих), территориальный фонд поручает страховой медицинской организации проведение <b>внеплановой медико-</b></p>

<p><b>пертизы качества медицинской помощи</b> в отношении совокупности случаев оказания медицинской помощи, отобранных по соответствующему тематическому признаку (например, нозологическая форма, медицинская помощь, оказанная сверх объемов и(или) и финансового обеспечения, распределенных медицинской организации комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования) в медицинской организации.</p>		<p><b>экономической экспертизы</b> в отношении совокупности случаев оказания медицинской помощи, отобранных по соответствующему тематическому признаку (например, нозологическая форма, медицинская помощь, оказанная сверх объемов и(или) и финансового обеспечения, распределенных медицинской организации комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования) в медицинской организации.</p>
<p>27. По итогам плановой или внеплановой медико-экономической экспертизы специалистом-экспертом составляется заключение о результатах медико-экономической экспертизы в двух экземплярах по форме согласно-к настоящему Порядку<sup>2</sup>, один из которых передается в медицинскую организацию, другой - остается в страховой медицинской организации/территориальном фонде/Федеральном фонде обязательного медицинского страхования</p>	<p>Уточнение по тексту, так как форма заключения приводится в приложении 2.</p>	<p>27. По итогам плановой или внеплановой медико-экономической экспертизы специалистом-экспертом составляется заключение о результатах медико-экономической экспертизы в двух экземплярах по форме согласно-к настоящему Порядку<sup>3</sup>, <b>Приложению 2</b>, один из которых передается в медицинскую организацию, другой – остается в страховой медицинской организации/территориальном фонде/Федеральном фонде обязательного медицинского страхования</p>
<p>Абзац 2 пункта 27 и абзац 2 пункта 51 Проекта</p>	<p>Контроль за реализацией национальных проектов в сфере здравоохранения осуществляется на территории региона</p>	<p>Слова «направляется в Министерство здравоохранения Российской Федерации» заменить словами «направляется исполнительные органы государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья».</p>

<sup>2</sup> В соответствии с частью 9 статьи 4 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

<sup>3</sup> В соответствии с частью 9 статьи 4 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

<p>28. В случае выявления по результатам медико-экономической экспертизы нарушений при оказании медицинской помощи (дефектов), отнесенных к кодам 1.2, 2.5.1, 2.11 и 2.12 (при условии возврата медицинской организацией средств, затраченных застрахованным лицом на оплату медицинской помощи), 2.13 (при условии отсутствия негативного влияния на здоровье застрахованного лица и необходимости проведения ему диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств) перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), установленных разделом II приложения 8 к настоящему Порядку, в заключении о результатах медико-экономической экспертизы устанавливается срок устранения медицинской организацией указанного нарушения. в течение которого к медицинской организации финансовые санкции не применяются.</p> <p>Срок устранения нарушений при оказании медицинской помощи (дефектов) исчисляется с даты поступления в медицинскую организацию заключения о результатах медико-экономической экспертизы.</p>	<p>Слова «в течение которого к медицинской организации финансовые санкции не применяются» исключить, так как финансовые санкции СМО применяет после завершения всех процедур согласования результатов экспертных мероприятий. Если устанавливается срок устранения МО нарушения, безусловно в этот период не могут применяться финансовые санкции.</p>	<p>28. В случае выявления по результатам медико-экономической экспертизы нарушений при оказании медицинской помощи (дефектов), отнесенных к кодам 1.2, 2.5.1, 2.11 и 2.12 (при условии возврата медицинской организацией средств, затраченных застрахованным лицом на оплату медицинской помощи), 2.13 (при условии отсутствия негативного влияния на здоровье застрахованного лица и необходимости проведения ему диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств) перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), установленных разделом II Приложения 8 к настоящему Порядку, в заключении о результатах медико-экономической экспертизы устанавливается срок устранения медицинской организацией указанного нарушения в течение которого к медицинской организации финансовые санкции не применяются.</p> <p>Срок устранения нарушений при оказании медицинской помощи (дефектов) исчисляется с даты поступления в медицинскую организацию заключения о результатах медико-экономической экспертизы.</p>
---	--	--

<p>28. В случае выявления по результатам медико-экономической экспертизы нарушений при оказании медицинской помощи (дефектов), отнесенных к кодам 1.2, 2.5.1, 2.11 и 2.12 (при условии возврата медицинской организацией средств, затраченных застрахованным лицом на оплату медицинской помощи), 2.13 (при условии отсутствия негативного влияния на здоровье застрахованного лица и необходимости проведения ему диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств) перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), установленных разделом II приложения 8 к настоящему Порядку, в заключении о результатах медико-экономической экспертизы устанавливается срок устранения медицинской организацией указанного нарушения, в течение которого к медицинской организации финансовые санкции не применяются.</p>	<p>1. Не ясно, как именно необходимо определять срок устранения нарушений.</p>	<p>28. В случае выявления по результатам медико-экономической экспертизы нарушений при оказании медицинской помощи (дефектов), отнесенных к кодам 1.2, 2.5.1, 2.11 и 2.12 (при условии возврата медицинской организацией средств, затраченных застрахованным лицом на оплату медицинской помощи), 2.13 (при условии отсутствия негативного влияния на здоровье застрахованного лица и необходимости проведения ему диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств) перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), установленных разделом II приложения 8 к настоящему Порядку, в заключении о результатах медико-экономической экспертизы устанавливается срок устранения медицинской организацией указанного нарушения, в течение которого к медицинской организации финансовые санкции не применяются. Срок устранения нарушений медицинской организацией может быть установлен экспертом при проведении медико-экономической экспертизы от 5 до 20 рабочих дней.</p>
<p>28. В случае выявления по результатам медико-экономической экспертизы нарушений при оказании медицинской помощи (дефектов), отнесенных к кодам 1.2, 2.5.1, 2.11 и 2.12 (при условии возврата медицинской организацией средств, затра-</p>		<p>Определить кем из должностных лиц /состав комиссии устанавливается срок устранения нарушений, в течение которого к медицинской организации финансовые санкции не применяются</p>

<p>ченных застрахованным лицом на оплату медицинской помощи), 2.13 (при условии отсутствия негативного влияния на здоровье застрахованного лица и необходимости проведения ему диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств) перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), установленных разделом II приложения 8 к настоящему Порядку, в заключении о результатах медико-экономической экспертизы <b>устанавливается срок устранения медицинской организацией указанного нарушения</b>, в течение которого к медицинской организации финансовые санкции не применяются.</p> <p>Срок устранения нарушений при оказании медицинской помощи (дефектов) исчисляется с даты поступления в медицинскую организацию заключения о результатах медико-экономической экспертизы.</p>		<p>или</p> <p>Определить срок устранения нарушений, в течение которого к медицинской организации финансовые санкции не применяются</p>
<p>П. 28</p>	<p>В целях унификации сроков и формы уведомления медицинской организацией ФОМС, ТФОМС, СМО об устранении нарушений, выявленных в ходе МЭЭ (по типу Предписания Росздравнадзора).</p> <p>В целях подтверждения устранения выявленных нарушений.</p>	<p>Предусмотреть срок и форму уведомления, в соответствии с которым медицинская организация отчитывается перед ФОМС, ТФОМС, СМО об устранении нарушений, выявленных в ходе МЭЭ.</p> <p>3 абзац дополнить словами «с предоставлением подтверждающих документов».</p>

	<p>В случае выявления по результатам МЭЭ нарушений при оказании МП (дефектов), отнесенных к кодам <u>1.2</u>... в заключении о результатах МЭЭ устанавливается срок устранения МО указанного нарушения, в течение которого к МО финансовые санкции не применяются» - не исполнимо, поскольку код 1.2 включен в раздел «I Нарушения, выявляемые при проведении МЭК».</p> <p>При несвоевременном назначении лечебно-диагностических мероприятий создается риск ухудшения состояния и прогрессирования заболевания застрахованного лица и устранять нарушения после того, как случай лечения закончен, некорректно.</p>	<p>Либо исключить в тексте пункта упоминание кода 1.2, либо переместить код 1.2 в другой раздел Перечня санкций</p> <p>Из абзаца 1 исключить код нарушения 2.13</p>
<p>Пункт 28 Медицинская организация уведомляет Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (территориальный фонд, страховую медицинскую организацию) об устранении нарушений (дефектов), подлежащих устранению в соответствии с заключением о результатах медико-экономической экспертизы в течение одного рабочего дня со дня устранения таких нарушений.</p> <p>При непоступлении в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (территориальный фонд, страховую</p>	<p>Необходимо учитывать сложность атоматизированной программы, количество подаваемых счетов реестров, возможности нарушений со стороны интернет связи</p>	<p>П. 28 Медицинская организация уведомляет Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (территориальный фонд, страховую медицинскую организацию) об устранении нарушений (дефектов), подлежащих устранению в соответствии с заключением о результатах медико-экономической экспертизы в течение пяти рабочих дней со дня устранения таких нарушений.</p> <p>При непоступлении в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (территориальный фонд, страховую</p>

<p>медицинскую организацию) уведомления медицинской организации об устранении нарушений (дефектов) в срок, установленный в заключении о результатах медико-экономической экспертизы, к указанной медицинской организации применяются меры, предусмотренные подпунктом 1 пункта 29 настоящего Порядка.</p>		<p>медицинскую организацию) уведомления медицинской организации об устранении нарушений (дефектов) в срок, установленный в заключении о результатах медико-экономической экспертизы, к указанной медицинской организации применяются меры, предусмотренные подпунктом 1 пункта 29 настоящего Порядка.</p>
<p><b>Пункт 29. Результаты медико-экономической экспертизы</b>, оформленные заключением о результатах медико-экономической экспертизы, <b>являются основанием для:</b></p> <p>1) применения к медицинской организации мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», условиями договора по обязательному медицинскому страхованию, договоров в рамках базовой программе и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), установленных разделом II приложения 8 к настоящему Порядку, в том числе в случаях не устранения в установленный заключением о результатах медико-экономической экспертизы срок медицинской организацией нарушений (дефектов), предусмотренных абзацем 1 пункта 28 настоящего Порядка;</p> <p><b>2) проведения внеплановой экспертизы качества медицинской помощи.</b></p>	<p>1. Из п.29 следует, что результаты МЭЭ являются обязательным основанием для проведения внеплановой ЭКМП. При этом многие МЭЭ не нуждаются объективно в переводе на ЭКМП.</p>	<p>29. Результаты медико-экономической экспертизы, оформленные заключением о результатах медико-экономической экспертизы, являются основанием для:</p> <p>1) применения к медицинской организации мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», условиями договора по обязательному медицинскому страхованию, договоров в рамках базовой программе и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), установленных разделом II приложения 8 к настоящему Порядку, в том числе в случаях не устранения в установленный заключением о результатах медико-экономической экспертизы срок медицинской организацией нарушений (дефектов), предусмотренных абзацем 1 пункта 28 настоящего Порядка.</p> <p><b>2) проведения внеплановой экспертизы качества медицинской помощи, если по результатам аналитики или решениям Координационного Совета по ЗПЗ (иных</b></p>

		<b>органов) необходимо провести дополнительные экспертные мероприятия.</b>
П. 29, подпункт 2	Из п. 29 следует, что результаты любых МЭЭ являются основанием для проведения внеплановой ЭКМП, то есть факт проведения любой МЭЭ является основанием для проведения ЭКМП. Указанный пункт увеличит «нагрузку» на медицинские организации, так как увеличится рост объема вмененных ЭКМП.	Исключить подпункт 2
<b>V. Экспертиза качества медицинской помощи</b>		
Исключили п.30 приказа ФФОМС № 36 от 29.02.2019г. - о проведении ЭКМП в соответствии с 203н приказом МЗ РФ	<u>Риски отказа МО исполнять 203н приказ МЗ РФ.</u>	Вернуть п. 30 приказа ФФОМС № 36 от 29.02.2019г.
Пункт 30.		п. 30. Вновь упоминаются термины, не имеющие определения в нормативной базе здравоохранения — «запланированный результат» и «степень достижения запланированного результата». Нужно вначале дать им определения по типу глоссария в ст. 2 323-ФЗ, а потом уж использовать.
	Отсутствует упоминание о лечебном питании	30. В соответствии с частью 6 статьи 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской



		Федерации» экспертиза качества медицинской помощи - выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения, лечебного питания и реабилитации, степени достижения запланированного результата.
пункт 31		Попытка сделать критериями качества соответствие ВСЕМУ — и порядкам и клиническим рекомендациям и стандартам. Противоречит ст. 37 323-ФЗ, где указано: медицинская помощь в Российской Федерации оказывается В СООТВЕТСТВИИ с порядками оказания медицинской помощи, НА ОСНОВЕ клинических рекомендаций и С УЧЕТОМ стандартов оказания медицинской помощи. Пусть стандарт учитывается при разработке и проведении медико-экономической экспертизы, но не экспертизы качества. Критерии качества формулируются в новых текстах клинических рекомендаций.
36. Объем плановых экспертиз качества медицинской помощи от числа принятых к оплате случаев оказания медицинской помощи составляет не менее: 1) при оказании медицинской помощи вне медицинской организации - 1%; 2) при оказании медицинской помощи амбулаторно - 0,3%; 3) при оказании медицинской помощи	Нормативы ЭКМП оставлены в объеме проекта ( в меньшем, чем было в ПЗ6), но предлагается учитывать в них все формы проведения экспертиз (плановой методом случайной выборки, внеплановой целевой и внеплановой тематической), при этом приоритетной выборкой считается выборка случаев для целевой ЭКМП, далее внеплановой тематической и добор случаев до, не	36. Объем <b>ежемесячных экспертиз качества медицинской помощи (плановых и внеплановых)</b> от числа принятых к оплате случаев оказания медицинской помощи составляет не менее: 1) при оказании медицинской помощи вне медицинской организации - 1%; 2) при оказании медицинской помощи амбулаторно - 0,3%;

<p>стационарно - 4%;</p> <p>4) при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара - 2%.</p> <p>В объем плановых экспертиз качества медицинской помощи включаются принятые к оплате случаи оказания медицинской помощи, отобранные методом случайной выборки.</p>	<p>менее установленного объема, – случайной выборкой. Расчет нормативов и оценка их выполнения ведется по принятым к оплате счетам от всех МО за месяц.</p>	<p>3) при оказании медицинской помощи стационарно - 4%;</p> <p>4) при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара - 2%.</p> <p>В объем плановых экспертиз качества медицинской помощи включаются принятые к оплате случаи оказания медицинской помощи, отобранные методом случайной выборки.</p>
<p>Пункт 37. Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится <b>в течение тридцати календарных дней</b> в сроки, установленные планами проведения экспертизы качества медицинской помощи на соответствующий календарный год, разработанными и утвержденными Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, территориальными фондами и страховыми медицинскими организациями.</p>	<p>Такая высокая срочность проведения ЭКМП не обоснована и может привести к потере качества экспертного контроля, а в конечном итоге может привести к:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- необоснованно низкой частоте выявления нарушений при формировании реестров счетов;</li> <li>- необоснованно низкой частоте выявления нарушений качества медицинской помощи.</li> </ul> <p>При этом отчетный период 2 месяца:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- позволит привлекать к экспертизе наиболее квалифицированных экспертов, в том числе иногородних,</li> <li>- предоставит СМО и ТФОМС время на возможность проведения экспертизы страхового случая другим экспертом при возникновении сомнений в части обоснованности экспертного мнения: той же или другой специальности</li> </ul>	<p>37. Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится в течение <b>двух месяцев с рабочего дня, следующего за днем получения от медицинской организации медицинской документации и иных материалов по страховому случаю, запрошенных на экспертизу</b>, в сроки, установленные планами проведения экспертизы качества медицинской помощи на соответствующий календарный год, разработанными и утвержденными Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, территориальными фондами и страховыми медицинскими организациями.</p>
<p>пункт 39 Подпункт 1)</p>	<p>Дублируют подпункт 2) пункта 23 Проекта. При поступлении жалоб от застрахованных лиц на доступность медицинской помощи целесообразно проводить МЭЭ, на качест-</p>	<p>Слова «доступность (в случаях, предусмотренных подпунктом 2 пункта 23 настоящего Порядка)» исключить</p>

	во оказанной медицинской помощи (либо в сочетании с жалобой на доступность) – ЭКМП.	
пункт 39 Подпункт 3)	Предлагается отбирать не все случаи изменения схем лекарственной терапии, а только те, в которых отсутствует обоснование в первичной медицинской документации (что может быть проверено при проведении МЭЭ в 100% случаях)	Дополнить словами «в том числе, при изменении схемы лекарственной противоопухолевой терапии без обоснования в первичной медицинской документации»
Пункт 39 Подпункт 4)		<b>Исключить</b>
Пункт 39 Подпункт 6)	Дублирующий подпункт 1) пункта 23. При необходимости проведения ЭКМП по повторным обращениям граждан возможен отбор случаев в соответствии с подпунктом 3) пункта 39 Проекта.	<b>Исключить</b>
Пункт 39	Подпункт 6)	Дополнить исключением для амбулаторной МП и дневного стационара случаями получения МП в объеме диализа по поводу ХПН терминальной стадии

<p>Пункт 39. Внеплановая целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится во всех случаях:...</p> <p>7) поручения Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в том числе в соответствии с запросом Министерства здравоохранения Российской Федерации, органа государственного контроля (надзора), а также в соответствии с поручениями Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации и на основании требования прокурора о проведении внеплановой проверки в рамках надзора за исполнением законов по поступившим в органы прокуратуры материалам и обращениям.</p>	<p>Следует также предложить проведение ЭКМП по запросам следственных органов Следственного комитета Российской Федерации.</p>	<p>39. Внеплановая целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится во всех случаях:...</p> <p>7) поручения Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в том числе в соответствии с запросом Министерства здравоохранения Российской Федерации, органа государственного контроля (надзора), а также в соответствии с поручениями Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации и на основании требования прокурора о проведении внеплановой проверки в рамках надзора за исполнением законов по поступившим в органы прокуратуры материалам и обращениям, <b>а также по запросу следственных органов Следственного комитета Российской Федерации.</b></p>
<p>39. Внеплановая целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится во всех случаях:</p> <p>7) поручения Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в том числе в соответствии с запросом Министерства здравоохранения Российской Федерации, органа государственного контроля (надзора), а также в соответствии с поручениями Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации и на основании требования прокурора о проведении внеплановой проверки в</p>	<p>Уточнено, что экспертиза проводится по принятым к оплате счетам, что исключает двоякое толкование случаев для отбора и оценки выполнения нормативов объемов экспертиз.</p> <p>У СМО отсутствует договор на оказание и оплату МП с ФМО, следовательно, СМО не имеет права проводить экспертный контроль в этих МО. Перенаправление в СМО обращений застрахованных и надзорных органов для проведения медико-экономических экспертиз в рамках базовой программы ОМС также не дает права СМО применения финансовых санкций. В связи</p>	<p>39. Внеплановая целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится во всех <b>принятых к оплате</b> случаях,</p> <p>7) поручения Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в том числе в соответствии с запросом Министерства здравоохранения Российской Федерации, органа государственного контроля (надзора), а также в соответствии с поручениями Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации и на основании требования прокурора о проведении внеплановой проверки в</p>

рамках надзора за исполнением законов по поступившим в органы прокуратуры материалам и обращениям;	с чем предлагается уточнить, что поручения СМО по проведению экспертизы в ФМО исключаются.	рамках надзора за исполнением законов по поступившим в органы прокуратуры материалам и обращениям, <b>за исключением случаев оказания медицинской помощи по базовой программе в федеральных медицинских организациях;</b>
Пункт 23 подпункт 6) и подпункт 7) пункта 39 Проекта		Требуется уточнение понятия «орган государственного контроля (надзора)».
пункт 39 Подпункт 8)	Нормативными документами не предусмотрена передача в территориальный фонд указанных в данном подпункте сведений медицинскими организациями	Слова «от медицинской организации» исключить  <b>Следует уточнить редакцию из-за отсутствия нормативных документов</b>
пункт 40 Подпункт 1)	При поступлении жалоб от застрахованных лиц на доступность медицинской помощи целесообразно проводить МЭЭ, на качество оказанной медицинской помощи (либо в сочетании с жалобой на доступность) – ЭКМП.	Слова «доступность и» исключить
Пункт 40. Мультидисциплинарная внеплановая целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится во всех случаях: ... 3) оказания застрахованному лицу медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий, начиная с даты установления диагноза «Женское бесплодие» (N 97) и (или) «Мужское бесплодие» (N 46) и до даты рождения ребенка на всех уровнях и этапах оказания	1. Необходимо уточнить, что ЭКМП следует проводить только по принятым к оплате страховым случаям. 2. Проведение мультидисциплинарных ЭКМП по поводу ВРТ не имеет смысла, так как случай оказания медицинской помощи женщине должен отдельно оцениваться экспертом по специальности "акушерство и гинекология", а случай оказания медицинской помощи должен отдельно оцениваться экспертом по специальности "урология". Это 2 не мультидисциплинарные ЭКМП.	40. Мультидисциплинарная внеплановая целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится во <b>всех принятых к оплате случаях:</b> <del>3) оказания застрахованному лицу медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий, начиная с даты установления диагноза «Женское бесплодие» (N 97) и (или) «Мужское бесплодие» (N 46) и до даты рождения ребенка на всех уровнях и этапах оказания</del> медицинской помощи при ответственности фак-

<p>медицинской помощи при отсутствии факта, подтверждающего беременность (по результатам внеплановой медико-экономической экспертизы) или роды по истечению 43 недель после проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения (с учетом данных информационного ресурса территориального фонда, сформированных в соответствии с пунктом 9 настоящего Порядка);</p> <p>...</p> <p>4) оказания медицинской помощи застрахованным лицам с новой коронавирусной инфекции COVID-19 на всех уровнях и этапах оказания медицинской помощи с летальным исходом (U 07.1, U 07.2), в том числе имеющих сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, сочетанная с сахарным диабетом, онкологическими или онкогематологическими заболеваниями, хронической обструктивной болезнью легких, острым нарушением мозгового кровообращения, острым коронарным синдромом, а также сопровождающаяся фибрилляцией предсердий, хроническими болезнями почек, ожирением, венозной недостаточностью, после сложных хирургических вмешательств);</p> <p>...</p>	<p>3. Проведение мультидисциплинарных ЭКМП по поводу COVID-19 не рационально в виду отсутствия утвержденных стандарта медицинской помощи и принятых в установленном порядке клинических рекомендаций.</p>	<p>та, подтверждающего беременность (по результатам внеплановой медико-экономической экспертизы) или роды по истечению 43 недель после проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения (с учетом данных информационного ресурса территориального фонда, сформированных в соответствии с пунктом 9 настоящего Порядка);</p> <p>4) оказания медицинской помощи застрахованным лицам с новой коронавирусной инфекции COVID-19 на всех уровнях и этапах оказания медицинской помощи с летальным исходом (U 07.1, U 07.2), в том числе имеющих сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, сочетанная с сахарным диабетом, онкологическими или онкогематологическими заболеваниями, хронической обструктивной болезнью легких, острым нарушением мозгового кровообращения, острым коронарным синдромом, а также сопровождающаяся фибрилляцией предсердий, хроническими болезнями почек, ожирением, венозной недостаточностью, после сложных хирургических вмешательств);</p>
<p>40. Мультидисциплинарная внеплановая целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится во всех случаях:</p>	<p>Уточнено, что экспертиза проводится по принятым к оплате счетам, что исключает двойное толкование случаев для отбора и</p>	<p>40. Мультидисциплинарная внеплановая целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится во всех <b>принятых к</b></p>

<p>3) оказания застрахованному лицу медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий, начиная с даты установления диагноза «Женское бесплодие» (N 97) и (или) «Мужское бесплодие» (N 46) и до даты рождения ребенка на всех уровнях и этапах оказания медицинской помощи при отсутствии факта, подтверждающего беременность (по результатам внеплановой медико-экономической экспертизы) или роды по истечению 43 недель после проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения (с учетом данных информационного ресурса территориального фонда, сформированных в соответствии с пунктом 9 настоящего Порядка);</p> <p>4) оказания медицинской помощи застрахованным лицам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 на всех уровнях и этапах оказания медицинской помощи с летальным исходом (U 07.1, U 07.2), в том числе имеющих сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, сочетанная с сахарным диабетом, онкологическими или онкогематологическими заболеваниями, хронической обструктивной болезнью легких,</p>	<p>оценки выполнения нормативов объемов экспертиз.</p> <p>Предлагается исключить п/п 3 из числа внеплановых целевых МДЭ, поскольку оснований для проведения ЭКМП несколькими экспертами по одному случаю с применением ВРТ нет. ЭКО осуществляются МО, имеющими лицензию именно на этот вид медицинской помощи (а/г с применением репродуктивных технологий), что не требует привлечения экспертов других специальностей. Последующая помощь (маршрутизация до родов) также оказывается по профилю «а/г без применения ВРТ». Достаточной мерой контроля за проведением процедуры ЭКО, является внеплановая целевая ЭКМП, включенная в п/п 5 п. 39 проекта Порядка.</p> <p>В п/п 4) предлагается внести изменения и оставить проведение мультидисциплинарной экспертизы только по летальным случаям.</p> <p>В остальных случаях проводить экспертизу по законченному случаю лечения.</p>	<p><b>оплате</b> случаях:</p> <p><del>3) оказания застрахованному лицу медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий, начиная с даты установления диагноза «Женское бесплодие» (N 97) и (или) «Мужское бесплодие» (N 46) и до даты рождения ребенка на всех уровнях и этапах оказания медицинской помощи при отсутствии факта, подтверждающего беременность (по результатам внеплановой медико-экономической экспертизы) или роды по истечению 43 недель после проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения (с учетом данных информационного ресурса территориального фонда, сформированных в соответствии с пунктом 9 настоящего Порядка);</del></p> <p><b>4) оказания медицинской помощи застрахованным лицам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 на всех уровнях и этапах оказания медицинской помощи с летальным исходом (U 07.1, U 07.2),</b></p> <p><del>в том числе имеющих сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, сочетанная с сахарным диабетом, онкологическими или онкогематологическими заболеваниями, хронической обструктивной болезнью легких, острым нарушением мозгового кровообращения, острым коронарным</del></p>
--	---	--

<p>острым нарушением мозгового кровообращения, острым коронарным синдромом, а также сопровождающаяся фибрилляцией предсердий, хроническими болезнями почек, ожирением, венозной недостаточностью, после сложных хирургических вмешательств);</p>		<p><del>синдромом, а также сопровождающаяся фибрилляцией предсердий, хроническими болезнями почек, ожирением, венозной недостаточностью, после сложных хирургических вмешательств);</del></p>
<p>Пункт 40</p>		<p>п. 40, подпункт 4) и п. 43, подпункт 2) дублируют друг друга при определении проведения целевой и тематической экспертизы.</p> <p>п. 40, подпункты 5) и 6): Не совсем понятно, почему выделена экспертиза качества в федеральных учреждениях при оказании экстренной медицинской помощи и при взаимных переводах между федеральными учреждениями (?)</p>
<p>Подпункт 7) пункта 23, подпункт 5) пункта 39, подпункт 3) пункта 40 Проекта</p>	<p>При отсутствии в медицинской документации законченных случаев лечения (факта, подтверждающего постановку на учет по беременности) в случае наблюдения женщин при беременности в медицинских организациях, не работающих в системе ОМС.</p>	<p>Требуется уточнение случаев, подлежащих МЭЭ и ЭКМП</p>
<p>пункт 40 Подпункт 5</p>	<p>В связи с внесенными изменениями в законодательство и обязанностью медицинских организаций подавать реестры счетов на оплату за оказанную медицинскую помощь</p>	<p>Требуется уточнение порядка отбора случаев</p>



	как в ФОМС, так и в территориальный фонд	
Пункт 42	Подпункт 8) внеплановая тематическая экспертиза качества медицинской помощи не может проводиться по результатам ЭКМП, поскольку структура отчетности ФОМС не позволяет по одному и тому же случаю проводить экспертизу того же вида	Ссылку на ЭКМП в подпункте 8) исключить, либо предусмотреть изменение структуры отчетности.
Пункт 41	Для экспертизы качества медицинской помощи по профилю «диетология» необходимо использовать нормы лечебного питания, утвержденные Приказом №395н.	41. Внеплановая тематическая экспертиза качества медицинской помощи проводится для оценки характера, частоты и причин нарушений при оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, норм лечебного питания, утвержденными приказом Минздрава России от 21.06.2013 № 395н «Об утверждении норм лечебного питания», в том числе с целью оценки полноты выполнения медицинскими организациями рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении телемедицинских консультаций/консилиумов, и с учетом стандартов медицинской помощи

		<p>в рамках программ обязательного медицинского страхования в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в сроки, установленные указанными программами, в том числе приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, создавших риск прогрессирования имеющегося заболевания, создавших риск возникновения нового заболевания, приведших к инвалидизации, к летальному исходу, а также к неэффективному использованию ресурсов медицинской организации, неудовлетворенности медицинской помощью застрахованных лиц.</p>
<p>43. Мультидисциплинарная внеплановая тематическая экспертиза качества медицинской помощи проводится в случаях: 2) оказания медицинской помощи при новой коронавирусной инфекции COVID-19 (U 07.1, U 07.2), в том числе имеющих сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, сочетанная с сахарным диабетом, онкологическими или онкогематологическими заболеваниями, хронической обструктивной болезнью легких, острым нарушением мозгового кровообращения, острым коронарным синдромом, а также сопровождающаяся фибрилляцией предсердий, хроническими болезнями почек, ожирением, венозной недостаточностью, после сложных хирургических вмешательств), за</p>	<p>п/п2) предлагается исключить, так как во всех случаях оказания МП при коронавирусной инфекции проводится экспертиза КМП по законченному случаю лечения.</p>	<p>43. Мультидисциплинарная внеплановая тематическая экспертиза качества медицинской помощи проводится в случаях: <del>2) оказания медицинской помощи при новой коронавирусной инфекции COVID-19 (U 07.1, U 07.2), в том числе имеющих сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, сочетанная с сахарным диабетом, онкологическими или онкогематологическими заболеваниями, хронической обструктивной болезнью легких, острым нарушением мозгового кровообращения, острым коронарным синдромом, а также сопровождающаяся фибрилляцией предсердий, хроническими болезнями почек, ожирением, венозной недостаточностью, после сложных хирургических вмешательств), за</del></p>

исключением случаев с летальным исходом;		<del>исключением случаев с летальным исходом;</del>
пункт 43 Подпункт 3	Переводы из отделения в отделение в рамках одной госпитализации относятся к одному законченному случаю лечения и оцениваются в комплексе при проведении контрольно-экспертных мероприятий	Слова «в том числе при переводе пациента в другие отделения стационара, включая отделение реанимации и интенсивной терапии, в период одной госпитализации в одной медицинской организации» исключить
пункт 43 Подпункт 4)	<i>Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.12.2020 №1363н определен перечень медицинских показаний для госпитализации пациентов в федеральные медицинские организации, в том числе нетипичное течение заболевания, высокий риск в связи с осложненным течением основного заболевания или наличие коморбидного заболевания</i>	<b>Исключить</b>
пункт 43 Подпункт 5)	<p>Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации и ФОМС, определена возможность оплаты случаев по двум КСГ.</p> <p>В связи с тем, что в соответствии с Методическими рекомендациями по каждому случаю оплаты медицинской помощи по двум КСГ должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицин-</p>	Слова «в федеральной» исключить Данный критерий включить во внеплановую МЭЭ (п. 23 Порядка)

	ской помощи, предлагаю данный повод включить во внеплановую МЭЭ (п. 23 Порядка).	
Пункт 43 подпункт 6)	<del>Подпункт 6) мультидисциплинарная экспертиза качества медицинской помощи не может проводиться по результатам другой мультидисциплинарной ЭКМП, поскольку структура отчетности ФОМС не позволяет по одному и тому же случаю проводить экспертизу того же вида</del>	<del>Подпункт 6) исключить, либо предусмотреть изменение структуры отчетности.</del>
44. Объем внеплановых тематических экспертиз качества медицинской помощи составляет от числа принятых к оплате случаев оказания медицинской помощи не менее: 1) при оказании медицинской помощи вне медицинской организации - 1,5%; 2) при оказании медицинской помощи амбулаторно - 0,5%; 3) при оказании медицинской помощи стационарно - 5%; 4) при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара - 3%.	Объем и выбор тематики внеплановых тематических экспертиз качества медицинской помощи должны регулироваться поручениями ФОМС/ТФОМС и планом проверок утвержденных СМО, по согласованию с террфондом, и включаться в общий норматив объемов ЭКМП (п. 36 проекта Порядка).	<del>44. Объем внеплановых тематических экспертиз качества медицинской помощи составляет от числа принятых к оплате случаев оказания медицинской помощи не менее: 1) при оказании медицинской помощи вне медицинской организации - 1,5%; 2) при оказании медицинской помощи амбулаторно - 0,5%; 3) при оказании медицинской помощи стационарно - 5%; 4) при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара - 3%.</del>
Пункт 44 объём тематических ЭКМП	Проводится в дополнение к плановым ЭКМП	Сократить в пять раз
Пункт 45	Не понятен механизм реализации	Требуется уточнение, к какому виду и типу ЭКМП относится ЭКМП по случаям с при-

		менением телемедицинских консультаций
Пункт 45	Лечение пациентов с тяжелым течением коронавирусной инфекции проводится с применением телемедицинских технологий. У субъектов нет ресурсов для выполнения ЭКМП по 70 % таких случаев.	Снизить % случаев с применением телемедицинских технологий, подлежащих ЭКМП
<p>П.46 Внеплановые тематические экспертизы качества медицинской помощи проводятся ежемесячно в объеме, установленном пунктом 44 настоящего Порядка, в медицинских организациях, в которых по результатам медико-экономического контроля и(или) медико-экономической экспертизы выявлено:</p> <p>1) доля объемов медицинской помощи по заболеваниям, являющимся основными причинами смертности населения субъекта Российской Федерации (за исключением внешних причин) по данным официального статистического учета на 1 января года, предшествующего году проведения плановой экспертизы качества медицинской помощи, составляют 90 и более процентов от объемов медицинской помощи по принятым к оплате счетам за девять месяцев года;</p> <p>2) превышение значения доли поданных на оплату случаев оказания медицинской помощи с летальным исходом к общему числу поданных на оплату случаев</p>	<p>Возможно, некорректно сравнивать данные по всем МО, так как частные МО в основном, осуществляют оказание отдельных медицинских услуг и не оказывают медицинскую помощь пациентам из групп риска, сюда же относятся МО, оказывающие МО по профилю стоматология.</p> <p>В подпунктах 2-8 не обозначен период сравнения.</p>	<p>Сравнивать только МО, участвующих в оказании медицинской помощи по заболеваниям, являющимся основными причинами смертности населения субъекта Российской Федерации</p> <p>Обозначить период сравнения</p> <p>Сравнивать только МО, участвующих в оказании медицинской помощи по заболеваниям, являющимся основными причинами смертности населения субъекта Российской Федерации</p> <p>Обозначить период сравнения</p>

<p>оказания медицинской помощи в отчетном месяце в сравнении с аналогичным показателем по всем медицинским организациям более чем на 7%;</p> <p>3) превышение значения доли поданных на оплату случаев оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара с непрофильной госпитализацией к общему числу поданных на оплату случаев оказания медицинской помощи в отчетном месяце в медицинской организации в сравнении с аналогичным показателем по всем медицинским организациям более чем на 7%;</p> <p>4) превышения значения доли поданных на оплату случаев оказания медицинской помощи с повторным обращением по поводу одного и того же заболевания к общему числу поданных на оплату случаев оказания медицинской помощи в отчетном месяце в медицинской организации в сравнении с аналогичным показателем по всем медицинским организациям более чем на 5%;</p> <p>5) превышение значения доли поданных на оплату случаев оказания медицинской помощи с впервые выявленным онкологическим заболеванием III – IV стадии к общему числу поданных на оплату случаев оказания медицинской помощи по профилю «онкология» в отчетном месяце в медицинской организации в сравнении с аналогичным показателем по всем медицинским</p>		
---	--	--

<p>организациям более чем на 5%;</p> <p>б) превышение значения доли численности застрахованных лиц, не прошедших диспансерное наблюдение, от общей численности застрахованных лиц, включенных в группы диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований, более чем на 10%;</p> <p>7) превышение значения доли обоснованных жалоб застрахованных лиц или их представителей на доступность и качество медицинской помощи в медицинской организации от общего числа рассмотренных жалоб более чем на 7%;</p> <p>8) превышение значения доли выявленных в медицинской организации по результатам медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи нарушений при оказании медицинской помощи (дефектов) от общего числа принятых к оплате случаев оказания медицинской помощи более чем на 10% в отчетном месяце в сравнении с аналогичным показателем по всем медицинским организациям.</p>		
<p>пункт 46 Подпункт 2)</p>	<p>Не понятен механизм реализации: оцениваются летальные исходы по всем условиям оказания медицинской помощи, включая скорую медицинскую помощь,</p>	<p>Требуется уточнение порядка применения критерия</p>

	или только при оказании медицинской помощи в стационарных условиях	
пункт 46 Подпункт 3)	<b>В соответствии со статьей 21 Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» медицинская помощь в экстренной и неотложной форме оказывается с учетом сроков ее оказания, а не профиля койки</b>	После слов «непрофильной госпитализацией» дополнить словами «в плановой форме»
46. Внеплановые тематические экспертизы качества медицинской помощи проводятся <b>ежемесячно</b> в объеме, установленном пунктом 44 настоящего Порядка, в медицинских организациях, в которых по результатам медико-экономического контроля и(или) медико-экономической экспертизы выявлено: <b>1) доля объемов медицинской помощи по заболеваниям, являющимся основными причинами смертности населения субъекта Российской Федерации (за исключением внешних причин) по данным официального статистического учета на 1 января года, предшествующего году проведения плановой экспертизы качества медицинской помощи, составляют 90 и более процентов от объемов медицинской помощи по принятым к оплате счетам за девять месяцев года;</b> 2) превышение значения доли поданных на оплату случаев оказания медицинской помощи с летальным исходом к общему числу	Процент превышения показателей предлагается увеличить до 10% Предлагается исключить три позиции – онкология, диспансерное наблюдение, повторные обращения, контрольно-экспертные мероприятия по которым, в случае превышения, не даст желаемого результата  В отношении п.7 выборка может оказаться не репрезентативной. В отношении отдельных МО может быть подано в год 1- 3 жалобы. Рост на 7% в таком случае не является статистически значимым. 2. Ежемесячная периодичность проведения внеплановых тематических экспертиз избыточна и приведет к некачественному проведению такой экспертизы. Также необходимо время для обработки результатов МЭЭ и ЭКМП, проведения необходимых выборок, оформления результатов тематической ЭКМП. Процент превышения показателей увеличен до 10% для	46. Внеплановые тематические экспертизы качества медицинской помощи проводятся ежемесячно <b>ежеквартально</b> в медицинских организациях, в которых по результатам медико-экономического контроля и(или) медико-экономической экспертизы выявлено: <b>1) доля объемов медицинской помощи по заболеваниям, являющимся основными причинами смертности населения субъекта Российской Федерации (за исключением внешних причин) по данным Росстата на 1 января года проведения внеплановой тематической экспертизы качества медицинской помощи, составляют 90 и более процентов от объемов медицинской помощи по принятым к оплате счетам за предшествующий проверке 9 месяцев года.</b> 2) превышение значения доли принятых к оплате случаев оказания медицинской помощи с летальным исходом к общему числу поданных на оплату случаев оказания



<p>лу поданных на оплату случаев оказания медицинской помощи в отчетном месяце в сравнении с аналогичным показателем по всем медицинским организациям более чем на <b>7%</b>;</p> <p>3) превышение значения доли поданных на оплату случаев оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара с непрофильной госпитализацией к общему числу поданных на оплату случаев оказания медицинской помощи в отчетном месяце в медицинской организации в сравнении с аналогичным показателем по всем медицинским организациям более чем на <b>7%</b>;</p> <p><b>4) превышения значения доли поданных на оплату случаев оказания медицинской помощи с повторным обращением по поводу одного и того же заболевания к общему числу поданных на оплату случаев оказания медицинской помощи в отчетном месяце в медицинской организации в сравнении с аналогичным показателем по всем медицинским организациям более чем на <b>5%</b>;</b></p> <p><b>5) превышение значения доли поданных на оплату случаев оказания медицинской помощи с впервые выявленным онкологическим заболеванием III – IV стадии к общему числу поданных на оплату случаев оказания медицинской помощи по профилю «онкология» в отчетном месяце в медицинской организации</b></p>	<p>исключения статистической погрешности. Исключены три позиции – онкология, диспансерное наблюдение, повторные обращения, контрольно-экспертные мероприятия по которым, в случае превышения, не даст желаемого результата, поскольку частично связан с действиями пациентов (могут быть выявлены при опросе более объективно, чем при контрольно-экспертных мероприятиях), при проведении онкомониторинга. Повторные обращения исключены.</p>	<p>медицинской помощи в отчетном квартале в сравнении с аналогичным показателем по всем медицинским организациям более чем на <b>10 процентов</b>;</p> <p>3) превышение значения доли принятых к оплате случаев оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара с непрофильной госпитализацией к общему числу принятых к оплате случаев оказания медицинской помощи в отчетном квартале в медицинской организации в сравнении с аналогичным показателем по всем медицинским организациям более чем <b>7%</b>, за исключением случаев по профилю медицинской помощи «терапия» «хирургия»;</p> <p>исключить</p> <p><b>4) превышения значения доли поданных на оплату случаев оказания медицинской помощи с повторным обращением по поводу одного и того же заболевания к общему числу поданных на оплату случаев оказания медицинской помощи в отчетном месяце в медицинской организации в сравнении с аналогичным показателем по всем медицинским организациям более чем на <b>5%</b>;</b></p> <p><b>5) превышение значения доли поданных на оплату случаев оказания медицинской помощи с впервые выявленным онкологическим заболеванием III – IV стадии к общему числу поданных на оплату случаев ока-</b></p>
--	--	--

<p><b>в сравнении с аналогичным показателем по всем медицинским организациям более чем на 5%;</b></p> <p><b>б) превышение значения доли численности застрахованных лиц, не прошедших диспансерное наблюдение, от общей численности застрахованных лиц, включенных в группы диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований, более чем на 10%;</b></p> <p>7) превышение значения доли обоснованных жалоб застрахованных лиц или их представителей на доступность и качество медицинской помощи в медицинской организации от общего числа рассмотренных жалоб более чем на 7%;</p> <p>8) превышение значения доли выявленных в медицинской организации по результатам медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи нарушений при оказании медицинской помощи (дефектов) от общего числа принятых к оплате случаев оказания медицинской помощи более чем на 10% в отчетном месяце в сравнении с аналогичным показателем по всем медицинским организациям.</p>		<p>зания медицинской помощи по профилю «онкология» в отчетном месяце в медицинской организации в сравнении с аналогичным показателем по всем медицинским организациям более чем на 5%;</p> <p>б) превышение значения доли численности застрахованных лиц, не прошедших диспансерное наблюдение, от общей численности застрахованных лиц, включенных в группы диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований, более чем на 10%;</p> <p>7) превышение значения доли обоснованных жалоб застрахованных лиц или их представителей на доступность и качество медицинской помощи в медицинской организации от общего числа рассмотренных жалоб более чем на 10 процентов,</p> <p>8) превышение значения доли выявленных в медицинской организации по результатам медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи нарушений при оказании медицинской помощи (дефектов) от общего числа принятых к оплате случаев оказания медицинской помощи более чем на 20% в отчетном месяце в сравнении с аналогичным показателем по всем медицинским организациям.</p>
<p>Пункт 46 Подпункт 5)</p>	<p>Необходимо анализировать долю выявления онкологических заболеваний на поздних стадиях по застрахованным лицам,</p>	<p>Изложить в редакции: «Превышение значения доли прикреплен-</p>

	прикрепленным к определенным медицинским организациям, а не по случаям оказания медицинской помощи по профилю «онкология», поскольку количество законченных случаев может быть различным по каждому застрахованному.	ных к медицинской организации застрахованных лиц с впервые выявленным онкологическим заболеванием III – IV стадии к числу прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц с впервые выявленными онкологическими заболеваниями в отчетном месяце в сравнении с аналогичным показателем по всем медицинским организациям более чем на 5%;»
пункта 46 Подпункт 6)	Критерии отбора медицинских организаций предполагают оценку по каждой медицинской организации, а не в целом	После слов «превышение значения доли численности застрахованных лиц» словами «прикрепленных к медицинской организации»
пункта 46 Подпункт 7)	Целесообразно сравнить долю обоснованных жалоб в медицинской организации с данным критерием по всем медицинским организациям, чтобы выявить превышение значения	После слов «на доступность и качество медицинской помощи в медицинской организации» изложить в следующей редакции «от доли обоснованных жалоб на доступность и качество медицинской помощи по всем медицинским организациям более чем на 7%»
Пункт 46 Подпункт 8)	Не понятен механизм реализации	Требуется уточнение применения данного критерия – по всем условиям оказания медицинской помощи или отдельно по каждому
п.46 Внеплановые тематические экспертизы качества медицинской помощи проводятся ежемесячно в объеме, установленном пунктом 44 настоящего Порядка, в медицинских организациях, в которых по ре-		Различные превышения долей того или иного показателя (8 позиций!!) необходимо дополнить словами о том, что указанные статистические данные должны формироваться <b>ТФОМС субъекта РФ</b> по всему проживающему населению, в

<p>зультатам медико-экономического контроля и(или) медико-экономической экспертизы выявлено:</p>		<p>противном случае, указанные ЭКМП не будут иметь вообще никакого смысла, т.к. сегменты ЗЛ различных СМО могут быть очень неоднородны по своему составу. Более того, требуется единая методика формирования поводов для внеплановых тематических ЭКМП согласно данному пункту.</p>
<p>Пункт 47. Внеплановая экспертиза качества медицинской помощи проводится в течение <b>месяца</b> с рабочего дня, следующего за днем оформления заключения о результатах медико-экономического контроля (приложение 1 к настоящему Порядку) ...</p>	<p>Снижение срока проведения ЭКМП до 1 месяца будет способствовать формализации подхода к ее проведению, не оставит временной возможности запроса дополнительных материалов (например, учетно-отчетной и прочей документации МО), а значит снизит эффективность и % выявляемости нарушений. Такая высокая срочность проведения ЭКМП не обоснована и может привести к потере качества экспертного контроля, а в конечном итоге может привести к:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- необоснованно низкой частоте выявления нарушений при формировании реестров счетов;</li> <li>- необоснованно низкой частоте выявления нарушений качества медицинской помощи.</li> </ul> <p>При этом отчетный период 2 месяца:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- привлекать к экспертизе наиболее квалифицированных, а зачастую очень занятых, экспертов, в том числе иногородних, а значит наиболее беспристрастных;</li> </ul>	<p>47. Внеплановая экспертиза качества медицинской помощи проводится в течение <b>двух месяцев с рабочего дня, следующего за днем получения от медицинской организации медицинской документации и иных материалов по страховому случаю, запрошенных на экспертизу.</b></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- предоставит СМО и ТФОМС время на возможность проведения экспертизы страхового случая другим экспертом при возникновении сомнений в части обоснованности экспертного мнения: той же или другой специальности;</li> <li>- будет способствовать объективизации экспертной оценки (повышение % выявляемости и обоснованности экспертного мнения);</li> <li>- даст возможность одному и тому же эксперту качества медицинской помощи, проводящему ЭКМП по страховым случаям за разные месяцы, сравнить типовые нарушения, а значит провести более качественную и информативную аналитику за 2 месяца. Все это обеспечит наиболее эффективную:</li> <li>- защиту прав граждан на получение доступной и качественной медицинской помощи;</li> <li>- управление качеством медицинской помощи в медицинских организациях.</li> </ul>	
Пункт 48		п. 48 предусматривает возможность продления мультидисциплинарной экспертизы до 45 дней, но не указывает, в каких случаях это происходит.
48. Сроки проведения внеплановой целевой мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи могут быть продлены до сорока пяти рабочих дней.	С учетом замечаний и сроков, указанных выше в п. 47, пункт 48 требует исключения, как ненужный.	<b>Пункт исключить</b>

<p>48. Сроки проведения внеплановой целевой мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи могут быть продлены до сорока пяти рабочих дней.</p>	<p>Проведение внеплановой целевой экспертизы в течение одного месяца с учетом организационных мероприятий (отбор случаев, поиск и привлечение эксперта, часть из которых иногородние, запрос и получение медицинских документов от МО, логистика медицинской документации между экспертами) - длительно выполняемая задача.</p>	<p>48. Сроки проведения внеплановой целевой мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи могут быть продлены до <b>шестидесяти рабочих дней</b>.</p>
<p>Пункт 48</p>	<p>Пунктом 34 Порядка предусмотрена только плановая и внеплановая экспертиза. Понятия «внеплановой целевой мультидисциплинарной» экспертизы нет.</p>	<p>Исключить слово «целевой»</p>
<p>Пункт 49. Сроки проведения экспертизы качества медицинской помощи <b>включают</b> запрос материалов, необходимых для ее проведения, и их анализ, отбор эксперта качества медицинской помощи.</p>	<p>Включение в территориальную программу ОМС МО, расположенные вне региона РФ, или необходимость привлечения экспертов иных регионов РФ, не позволит выполнить экспертизу в предлагаемые сроки. Известно, что экспертиза качества медицинской помощи проводится только после ознакомления эксперта с представленными материалами - ровно, как и любая другая экспертиза. Это также было научно обосновано в НИР "Разработка регламента проведения экспертизы качества медицинской помощи экспертом качества медицинской помощи", выполненной в 2017 году по заказу ФОМС: в период проведения ЭКМП никогда не включается ни запрос материалов (в том числе медицинской документации), ни их анализ, ни отбор эксперта. Это также следует из практики назначения и</p>	<p>49. Сроки проведения экспертизы качества медицинской помощи <b>не включают</b> запрос материалов, необходимых для ее проведения, и их анализ, отбор эксперта качества медицинской помощи.</p>

	<p>проведения судебно-медицинских экспертиз (СМЭ): судом срок проведения СМЭ устанавливается уже после того, как экспертной организации дано поручение на проведение экспертизы - срок обычно составляет не менее нескольких месяцев.</p> <p>Проектом Порядка определено, что срок предоставления МО мед. документации составляет 5 рабочих дней (п.73), также значительное время затрачивается на логистику медицинской документации от МО в СМО и от СМО к эксперту и обратно - эти сроки также должны учитываться, так как напрямую не зависят от СМО.</p> <p>МО могут также уменьшать срок проведения ЭКМП путем направления медицинской документации почтовыми службами с медленной доставкой. Эксперты имеют право запросить материалы для проведения ЭКМП по месту жительства, а не по месту нахождения МО. Кроме того, перед проведением ЭКМП эксперт осуществляет ознакомление с предоставленными материалами и определяет их достаточность, вправе ходатайствовать перед СМО о запросе дополнительных материалов - это займет еще большее количество времени.</p> <p>Занижение срока проведения ЭКМП будет способствовать формализации подхода к ее проведению, не оставит временной возможности запроса дополнительных материалов (например, учетно-отчетной документации МО), а значит снизит эффектив-</p>	
--	---	--

	ность и % выявляемости нарушений. Такая высокая срочность проведения ЭКМП не обоснована и может привести к потери качества экспертного контроля.	
50. Экспертиза качества медицинской помощи проводится в период оказания застрахованному лицу медицинской помощи, в том числе по обращению застрахованного лица или его представителя, включающая обход подразделений медицинской организации с целью контроля условий оказания медицинской помощи, подготовки материалов для экспертного заключения, а также информирование застрахованного лица о степени соответствия оказываемой медицинской помощи порядкам оказания медицинской помощи и клиническим рекомендациям, договору по обязательному медицинскому страхованию, договору в рамках базовой программы, а также о правах застрахованного лица в сфере обязательного медицинского страхования, проводится экспертом качества медицинской помощи с обязательным уведомлением руководителя медицинской организации в письменной форме о дате проведения обхода подразделений медицинской организации.	Пункт отредактирован в первоначальном варианте, пункт можно трактовать как правило для проведения всех ЭКМП	50. Внеплановая целевая экспертиза качества медицинской помощи в случаях получения жалобы от застрахованного лица или его представителей может проводиться экспертом качества медицинской помощи в период оказания застрахованному лицу медицинской помощи, в том числе <del>по обращению застрахованного лица или его представителя, включающая</del> включать в себя обход подразделений медицинской организации с обязательным уведомлением руководителя медицинской организации в письменной форме о дате проведения обхода, с целью контроля условий оказания медицинской помощи, подготовки материалов для экспертного заключения, а также информирование застрахованного лица о степени соответствия оказываемой медицинской помощи порядкам оказания медицинской помощи и клиническим рекомендациям, договору по обязательному медицинскому страхованию, договору в рамках базовой программы, а также о правах застрахованного лица в сфере обязательного медицинского страхования. <del>проводится экспертом качества медицинской помощи с обязательным уведомлением руководителя медицинской организации в письменной форме о дате проведения обхода подразде</del>



		лений медицинской организации.
<p><b>п 50.</b> Экспертиза качества медицинской помощи проводится в период оказания застрахованному лицу медицинской помощи, в том числе по обращению застрахованного лица или его представителя, включающая обход подразделений медицинской организации с целью контроля условий оказания медицинской помощи, подготовки материалов для экспертного заключения, а также информирование застрахованного лица о степени соответствия оказываемой медицинской помощи порядкам оказания медицинской помощи и клиническим рекомендациям, договору по обязательному медицинскому страхованию, договору в рамках базовой программы, а также о правах застрахованного лица в сфере обязательного медицинского страхования, проводится экспертом качества медицинской помощи с обязательным уведомлением руководителя медицинской организации в письменной форме о дате проведения обхода подразделений медицинской организации.</p>	<p>В проекте нового приказа нет формы заключения по результатам проведенной ЭКМП застрахованным лицам, находящимся на лечении в МО</p>	<p>Внести рекомендуемый образец заключения по результату проведенной ЭКМП застрахованным лицам, находящимся на лечении в МО.</p>
<p>51. По итогам экспертизы качества медицинской помощи составляется заключение о результатах экспертизы качества медицинской помощи по форме согласно приложению 3 к настоящему Порядку в двух экземплярах один из которых передается в медицинскую организацию, другой - оста-</p>	<p>Второй абзац сформулирован некорректно, не ясно каким образом должна быть организована ЭКМП.</p>	<p>51. По итогам экспертизы качества медицинской помощи составляется заключение о результатах экспертизы качества медицинской помощи по форме согласно Приложению 3 к настоящему Порядку в двух экземплярах, после двустороннего подписания которых, один передается в меди-</p>

<p>ется в страховой медицинской организации/территориальном фонде/Федеральном фонде обязательного медицинского страхования<sup>4</sup>.</p> <p>При выявлении на основе сведений информационного ресурса территориального фонда за истекшие сутки случая непрофильной госпитализации застрахованного лица при оказании ему медицинской помощи в плановой форме заключение о результатах экспертизы качества медицинской помощи (Приложение 3 к настоящему Порядку), дополнительно направляется руководителю медицинской организации, выдавшей направление на плановую госпитализацию и в орган государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья для принятия мер по обеспечению профильной госпитализации в течение суток со дня выявления случая непрофильной госпитализации</p>		<p>цинскую организацию, другой - остается в страховой медицинской организации/территориальном фонде/Федеральном фонде обязательного медицинского страхования.</p> <p><del>При выявлении на основе сведений информационного ресурса территориального фонда за истекшие сутки случая непрофильной госпитализации застрахованного лица при оказании ему медицинской помощи в плановой форме заключение о результатах экспертизы качества медицинской помощи (приложение 3 к настоящему Порядку), дополнительно направляется руководителю медицинской организации, выдавшей направление на плановую госпитализацию и в орган государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья для принятия мер по обеспечению профильной госпитализации в течение суток со дня выявления случая непрофильной госпитализации</del></p>
<p>П. 52, абзац 2.</p> <p>«В случае выявления по результатам экспертизы качества медицинской помощи нарушений при оказании медицинской помощи (дефектов), отнесенных к коду 3.2.7 перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), установленных</p>		<p>Определить срок устранения нарушений, в течение которого к медицинской организации финансовые санкции не применяются</p> <p>или</p> <p>Определить кем из должностных лиц</p>

<p>разделом III приложения 8 к настоящему Порядку, в заключении о результатах экспертизы качества медицинской помощи устанавливается <b>срок</b> устранения медицинской организацией указанного нарушения, в течение которого к медицинской организации финансовые санкции не применяются.</p> <p><b>Срок</b> устранения нарушений при оказании медицинской помощи (дефектов) исчисляется с даты поступления в медицинскую организацию заключения о результатах медико-экономической экспертизы».</p>		<p>/состав комиссии устанавливается срок устранения нарушений, в течение которого к медицинской организации финансовые санкции не применяются</p>
<p>52. В случае выявления по результатам экспертизы качества медицинской помощи нарушений при оказании медицинской помощи (дефектов), отнесенных к коду 3.2.7 перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), установленных разделом III приложения 8 к настоящему Порядку, в заключении о результатах экспертизы качества медицинской помощи устанавливается срок устранения медицинской организацией указанного нарушения, в течение которого к медицинской организации финансовые санкции не применяются.</p> <p>Срок устранения нарушений при оказании медицинской помощи (дефектов) исчисляется с даты поступления в медицинскую организацию заключения о результа-</p>	<p>4 абзац предлагается исключить, т.к. в случае установления срока устранения нарушения МО и не устранения его в установленный срок, СМО имеет право применить к ней финансовые санкции.</p>	<p>52. В случае выявления по результатам экспертизы качества медицинской помощи нарушений при оказании медицинской помощи (дефектов), отнесенных к коду 3.2.7 перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), установленных разделом III Приложения 8 к настоящему Порядку, в заключении о результатах экспертизы качества медицинской помощи устанавливается срок устранения медицинской организацией указанного нарушения, в течение которого к медицинской организации финансовые санкции не применяются.</p> <p>Срок устранения нарушений при оказании медицинской помощи (дефектов) исчисляется с даты поступления в медицинскую организацию заключения о результатах медико-экономической экспертизы.</p>

<p>тах медико-экономической экспертизы.</p> <p>Медицинская организация уведомляет Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (территориальный фонд, страховую медицинскую организацию) об устранении нарушений (дефектов), подлежащих устранению в соответствии с заключением о результатах медико-экономической-экспертизы в течение одного рабочего дня со дня устранения таких нарушений.</p> <p>При непоступлении в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (территориальный фонд, страховую медицинскую организацию) уведомления медицинской организации об устранении нарушений (дефектов) в срок, установленный абзацем вторым настоящего пункта, к указанной медицинской организации применяются меры, предусмотренные абзацем первым настоящего пункта.</p>		<p>Медицинская организация уведомляет Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (территориальный фонд, страховую медицинскую организацию) об устранении нарушений (дефектов), подлежащих устранению в соответствии с заключением о результатах <del>медико-экономической</del> экспертизы качества медицинской помощи в течение одного рабочего дня со дня устранения таких нарушений.</p> <p><del>При непоступлении в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (территориальный фонд, страховую медицинскую организацию) уведомления медицинской организации об устранении нарушений (дефектов) в срок, установленный абзацем вторым настоящего пункта, к указанной медицинской организации применяются меры, предусмотренные абзацем первым настоящего пункта.</del></p>
<p>Абзацы 3, 4 пункта 52 Проекта</p>	<p>Данными пунктами предусмотрено применение санкций по результатам выявления нарушений при проведении ЭКМП</p>	<p>Слова «медико-экономической экспертизы» заменить словами «экспертизы качества медицинской помощи»</p>
<p>Пункт 52 абзац 5</p>	<p>В разделе речь идет об экспертизе качества медицинской помощи, а в абзацах 3 и 4 – о медико-экономической экспертизе.</p>	<p>5 абзац дополнить словами «с предоставлением подтверждающих документов».</p>

<p>Пункт 53. Страховые медицинские организации на основании заключений о результатах экспертизы качества медицинской помощи готовят и <b>ежемесячно</b> направляют <b>в территориальный фонд</b> аналитические материалы и предложения по улучшению доступности и качества медицинской помощи с приложением планов мероприятий по устранению нарушений при оказании медицинской помощи, выявленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи, представленных медицинскими организациями, территориальный фонд направляет в Федеральный фонд указанные аналитические материалы и предложения ежеквартально Федеральный фонд обязательного медицинского страхования на основании заключений о результатах экспертизы качества медицинской помощи готовит и направляет в Министерство здравоохранения Российской Федерации предложения по улучшению доступности и качества медицинской помощи с приложением планов мероприятий по устранению нарушений при оказании медицинской помощи, выявленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи, представленных медицинскими организациями.</p>	<p>С целью повышения востребованности результатов экспертного контроля СМО и оперативного принятия соответствующих управленческих решений на уровне органа управления здравоохранением субъекта РФ.</p>	<p>53. Страховые медицинские организации на основании заключений о результатах экспертизы качества медицинской помощи готовят и <b>ежеквартально</b> направляют <b>в уполномоченный орган исполнительной власти в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации</b> аналитические материалы и предложения по улучшению доступности и качества медицинской помощи с приложением планов мероприятий по устранению нарушений при оказании медицинской помощи, выявленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи, представленных медицинскими организациями, территориальный фонд направляет в Федеральный фонд указанные аналитические материалы и предложения ежеквартально Федеральный фонд обязательного медицинского страхования на основании заключений о результатах экспертизы качества медицинской помощи готовит и направляет в Министерство здравоохранения Российской Федерации предложения по улучшению доступности и качества медицинской помощи с приложением планов мероприятий по устранению нарушений при оказании медицинской помощи, выявленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи, представленных медицинскими организациями.</p>
<p>56. Повторная экспертиза качества медицинской помощи проводится параллельно или последовательно с экспертизой качества</p>	<p>1. Проведение повторной экспертизы (ре-экспертизы) возможно исключительно последовательным методом. Иначе мы име-</p>	<p>56. Повторная экспертиза качества медицинской помощи проводится <del>параллельно</del> <del>и</del> последовательно с экспертизой качества</p>

<p>ва медицинской помощи, осуществляемой страховой медицинской организацией, с привлечением другого эксперта качества медицинской помощи.</p>	<p>ем дело с двумя первичными экспертизами, каждая из которых является независимой и не оспаривает другую в виду отсутствия факта ознакомления с ее результатами.</p> <p>2. Проведение повторной экспертизы (ре-экспертизы) параллельным методом противоречит п.57, в соответствии с которым задачами реэкспертизы являются:</p> <p>1) проверка обоснованности и достоверности заключения специалиста-эксперта или эксперта качества медицинской помощи, первично проводившего медико-экономическую экспертизу или экспертизу качества медицинской помощи;</p> <p>2) контроль деятельности специалистов-экспертов/экспертов качества медицинской помощи.</p> <p>Кроме того, нарушения, выявленные 2 разными экспертами должны суммироваться, а не взаимоисключаться.</p>	<p>ва медицинской помощи, осуществляемой страховой медицинской организацией, с привлечением другого эксперта качества медицинской помощи.</p>
<p><b>VI. Порядок осуществления территориальным фондом контроля за деятельностью страховых медицинских организаций</b></p>		
<p>Раздел VI. «Порядок осуществления территориальным фондом контроля за деятельностью страховых медицинских организаций».</p>	<p>по-прежнему не содержит указания на право СМО обжаловать Претензию ТФОМС по результатам повторного контрольного мероприятия, что противоречит ГК РФ – предлагаем дополнить соответствующими</p>	

	словами.	
Раздел VI Проекта	<p>В пункте 58 Проекта предусмотрено проведение повторной экспертизы по всем поводам, в том числе и по претензиям медицинских организаций. Однако, раздел XI устанавливает иные условия при рассмотрении претензий медицинских организаций.</p> <p>Так в пункте 64 Порядка установлено рассмотрение разногласий по результатам реэкспертизы с привлечением страховой медицинской организации и медицинской организации, а в пункте 96 определено обжалование результатов реэкспертизы только в судебном порядке.</p>	Пункты 63, 64 исключить. Раздел VI Проекта необходимо дополнить пунктом, аналогичным пункту 96: «При несогласии медицинской организации с решением территориального фонда по результатам повторной экспертизы она вправе обжаловать решение в судебном порядке»
Пункт 62	<p>В случае рассмотрения территориальным фондом претензии МО в соответствии с частью 4 статьи 42 ФЗ «Об ОМС в РФ» № 326-ФЗ повторные МЭЭ и ЭКМП проводятся экспертами, назначенными территориальным фондом, и оформляются <u>решением</u> территориального фонда. Оформление заключения (ранее – акта МЭЭ или ЭКМП) по закону в данном случае не требуется, а на практике лишено какого-либо смысла, поскольку вся информация может и по сути должна излагаться в решении ТФОМС, которое впоследствии может быть обжаловано в суд.</p> <p>Кроме того, соблюдение требований п. 62</p>	<p>Из формулировки исключить фразу «независимо от основания ее проведения».</p> <p>Дополнить абзацем: «при рассмотрении ТФОМС претензии МО заключение по результатам повторной МЭЭ/ повторной ЭКМП не составляется».</p>

	<p>(это прямое требование пункта 94 Порядка) при рассмотрении претензии МО, по логике Порядка, подразумевает соблюдение и иных процедурных требований:  20 рабочих дней для направления заключения МЭЭ/ЭКМП (п. 62)  + 10 дней на рассмотрение заключения МО/СМО и направления (при желании) возражений (пункт 63)  + 30 рабочих дней на рассмотрение территориальным фондом протокола возражений (пункт 65).  Таким образом, соблюдение полной процедуры информационного обмена составляет 60 рабочих дней, что противоречит ст. 42 ФЗ № 326-ФЗ, которой установлен 30-дневный период рассмотрения претензии с вынесением решения.</p>	
Пункт 64	<p>В соответствии с пунктом «Территориальный фонд в течение тридцати рабочих дней с даты получения рассматривает заключение с протоколом разногласий с привлечением страховой медицинской организации и медицинской организации». Не указано, привлечение МО и СМО для рассмотрения должно происходить в очной или заочной форме</p>	Предусмотреть заочную форму рассмотрения
65. В соответствии с <u>частью 14 статьи 38</u> Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» территориальный фонд в случае выявления нарушений договорных обя-	Корректное цитирование части 14 статьи 38 Закона об ОМС предусматривает включение предлагаемых слов. Неполное цитирование создает впечатление, что любые санкции к СМО можно удержать в безак-	65. В соответствии с <u>частью 14 статьи 38</u> Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» территориальный фонд в случае выявления нарушений договорных обя-



<p>зательств со стороны страховой медицинской организации при возмещении ей затрат на оплату медицинской помощи уменьшает платежи на сумму выявленных нарушений или неисполненных договорных обязательств.</p>	<p>цептном порядке.</p>	<p>зательств со стороны страховой медицинской организации при возмещении ей затрат на оплату медицинской помощи уменьшает платежи на сумму выявленных нарушений или неисполненных договорных обязательств. Перечень нарушений договорных обязательств устанавливается правилами обязательного медицинского страхования. Перечень санкций за нарушения договорных обязательств устанавливается договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.</p>
<p>Пункт 65 Проекта</p>	<p>Договором о финансовом обеспечении ОМС предусмотрены санкции в виде неоплаты, а также уплаты страховой медицинской организацией штрафа</p>	<p>После слов «на сумму выявленных нарушений или» изложить в следующей редакции «штрафов за неисполнение договорных обязательств»</p>
<p>Пункт 67 Проекта</p>	<p>Работа, состав и функционал комиссии территориального фонда не предусмотрены данным Проектом</p>	<p>Подпункт 3) исключить</p>
<p>70. Территориальный фонд проводит анализ обращений застрахованных лиц, их представителей и других субъектов обязательного медицинского страхования по результатам контроля, проводимого страховой медицинской организацией.</p>	<p>Отсутствует возможность СМО ознакомления с результатами данного анализа и возможности высказать свое мнение о корректности выводов. Предлагается обязать ТФОМС публиковать результаты анализа на официальном сайте ТФОМС</p>	<p>70. Территориальный фонд проводит анализ обращений застрахованных лиц, их представителей и других субъектов обязательного медицинского страхования по результатам контроля, проводимого страховой медицинской организацией и ежеквартально публикует результаты проведенного анализа на официальном сайте фонда.</p>

<b>VII. Взаимодействие субъектов контроля</b>		
Пункт 71		п. 71 говорит о взаимодействии субъектов контроля — федеральные учреждения ни-где не выделены.
При осуществлении контрольных меро-приятий, между МО и СМО возникают разногласия по выявленным кодам дефекта оказания медицинской помощи (согласно перечня оснований для отказа в оплате ме-дицинской помощи (уменьшения оплаты)), <u>не требующим проведения повторной экс-пертизы с привлечением эксперта.</u>	Предлагаем внести дополнения в раздел VII Проекта приказа, предусмотрев воз-можность ТФОМС рассмотреть претензию МО без проведения повторной экспертизы качества медицинской помощи.	При осуществлении контрольных меро-приятий, между МО и СМО возникают разногласия по выявленным кодам дефекта оказания медицинской помощи (согласно перечня оснований для отказа в оплате ме-дицинской помощи (уменьшения оплаты)), <u>не требующим проведения повторной экс-пертизы с привлечением эксперта.</u>
Пункт 72	Выполнение требований пункта 72 в пол-ном объеме (подпункты 2 и 3) в дейст-вующий редакции приказа ФОМС № 79 невозможно	
Пункт 73 Проекта	Не всегда эксперты качества меди-цинской помощи могут проводить ЭКМП во время работы медицинских организаций, что подразумевает необходимость исполь-зования первичной медицинской докумен-тации вне медицинской организации	После слов «медицинская организация предоставляет» дополнить словами «в том числе по месту проведения контроля»
<b>VIII. Учет и использование результатов контроля</b>		
77.Отчеты о результатах проведенного контроля предоставляются страховыми ме-дицинскими организациями в территори-	Внедрение электронного документооборо-та.	77. Отчеты о результатах проведенного контроля предоставляются страховыми ме-дицинскими организациями в территори-

<p>альный фонд.</p> <p>Страховая медицинская организация, территориальный фонд и Федеральный фонд обязательного медицинского страхования ведут учет заключений по результатам контроля.</p> <p>Результаты проведенного медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, в том числе в рамках контроля территориального фонда за деятельностью страховых медицинских организаций, в целях создания условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования направляются в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья и территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения.</p> <p>Учетными документами являются реестры заключений по результатам медико-экономического контроля (<u>приложение 5</u> к настоящему Порядку), реестры заключений по результатам медико-экономической экспертизы (<u>приложение 6</u> к настоящему Порядку) и заключений по результатам экспертизы качества медицинской помощи.</p> <p>Результаты контроля в форме заключений в течение пяти рабочих дней передаются в медицинскую организацию.</p>		<p>альный фонд в электронном виде в соответствии с Общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования.</p> <p>Страховая медицинская организация, территориальный фонд и Федеральный фонд обязательного медицинского страхования ведут учет заключений по результатам контроля.</p> <p>Результаты проведенного медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, в том числе в рамках контроля территориального фонда за деятельностью страховых медицинских организаций, в целях создания условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования направляются в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья и территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения.</p> <p>Учетными документами являются реестры заключений по результатам медико-экономического контроля (приложение 5 к настоящему Порядку), реестры заключений по результатам медико-экономической экс-</p>
--	--	--

<p>Возможно ведение электронного документооборота между субъектами контроля с использованием электронной подписи</p>		<p>пертизы (приложение 6 к настоящему Порядку) и заключений по результатам экспертизы качества медицинской помощи. Результаты контроля в форме заключений в течение пяти рабочих дней 32 передаются в медицинскую организацию.</p> <p>Возможно, и приоритетно ведение электронного документооборота между субъектами контроля с использованием электронной подписи.</p>
<p>пункт 77 Абзац 3</p>	<p>Необходимо установить периодичность направления результатов контроля с целью исключений разночтений в применении указанного пункта</p>	<p>После слова «направляются» дополнить словом «ежегодно»</p>
<p>77. .... Результаты контроля в форме заключений в течение пяти рабочих дней передаются в медицинскую организацию. Возможно ведение электронного документооборота между субъектами контроля с использованием электронной подписи.</p>	<p>Остается не регламентированным срок представления результатов МЭК в страховые медицинские организации. При этом Порядок контроля необоснованно предполагает исчисление сроков проведения МЭЭ и ЭКМП от даты проведения МЭК, а не представления его результатов (заключения по результатам медико-экономического контроля) в СМО. Оптимальный срок - в день, следующий за днем его завершения.</p>	<p><b>77. .... Результаты контроля в форме заключений передаются Территориальным фондом:</b></p> <p><b>в медицинскую организацию - в течение пяти рабочих дней после завершения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи;</b></p> <p><b>в страховую медицинскую организацию - в день проведения медико-экономического контроля, в течение одного рабочего дня после завершения медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи.</b></p> <p>Возможно ведение электронного докумен-</p>

		тооборота между субъектами контроля с использованием электронной подписи.
В п. 77. ... Результаты контроля в форме заключений в течение пяти рабочих дней передаются в медицинскую организацию...	Уточняется, что заключение передается в течение 5 рабочих дней после его формирования.	77. ... Результаты контроля в форме заключений в течение пяти рабочих дней, <b>после формирования заключения</b> передаются в медицинскую организацию...
<p>Пункт 79. Руководитель медицинской организации или лицо, его замещающее, рассматривает заключение в течение пятнадцати рабочих дней с момента его получения.</p> <p>...При несогласии медицинской организации с заключением подписанное заключение возвращается в страховую медицинскую организацию с протоколом разногласий в течение пятнадцати рабочих дней после получения заключений экспертиз</p> <p>...</p> <p>Страховая медицинская организация рассматривает протокол разногласий в течение десяти рабочих дней с момента его получения и направляет в медицинскую организацию результаты рассмотрения протокола.</p>	Если речь идет о заключении по результатам МЭК, то разногласия должны направляться в территориальный фонд, т.к. он проводит МЭК. И именно территориальный фонд их рассматривает.	<p>79. Руководитель медицинской организации или лицо, его замещающее, рассматривает заключение в течение пятнадцати рабочих дней с момента его получения.</p> <p>...При несогласии медицинской организации с заключением подписанное заключение возвращается в страховую медицинскую организацию <b>(по результатам проведения медико-экономической экспертизы и экспертиз качества)</b> или в территориальный фонд <b>(по результатам проведения медико-экономического контроля)</b> с протоколом разногласий в течение пятнадцати рабочих дней после получения заключений экспертиз</p> <p>...</p> <p>Страховая медицинская организация/<b>территориальный фонд</b> рассматривает протокол разногласий в течение десяти рабочих дней с момента его получения и направляет в медицинскую организацию результаты рассмотрения протокола.</p>
79. Руководитель медицинской организации или лицо, его замещающее, рассматривает заключение в течение пятнадцати ра-	Слова «не позднее рабочего дня, следующего за датой завершения проверки» предлагается исключить в связи с тем, что в	79. Руководитель медицинской организации или лицо, его замещающее, рассматривает заключение в течение пятнадцати ра-

<p>бочих дней с момента его получения.</p> <p>В случае отказа руководителя медицинской организации от получения экземпляра заключения контроля второй экземпляр направляется руководителю медицинской организации заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении не позднее рабочего дня, следующего за датой завершения проверки.</p> <p>В случае не направления медицинской организацией протокола разногласий в срок, установленный абзацем 3 настоящего пункта, медицинская организация вправе оспорить результаты контроля исключительно в судебном порядке.</p>	<p>данном случае действует общее правило о том, что результаты контроля в форме заключений передаются в медицинскую организацию в течение пяти рабочих дней, установленное пунктом 77 Порядка контроля.</p> <p>Слова «В случае не направления медицинской организацией протокола разногласий в срок, установленный абзацем 3 настоящего пункта, медицинская организация вправе оспорить результаты контроля исключительно в судебном порядке.» предлагается исключить в виду того, что абзацем 3 пункта 79 Порядка контроля установлено, что в случае несогласия медицинской организации с результатом экспертизы медицинская организация должна выразить такое несогласие направлением протокола разногласий. Право на судебную защиту не зависит от того, закреплено ли оно Порядком контроля или нет, однако документ не должен содержать положений, по сути, исключающих необходимость соблюдения участниками досудебного порядка урегулирования спора.</p>	<p>бочих дней с момента его получения.</p> <p>В случае отказа руководителя медицинской организации от получения экземпляра заключения контроля второй экземпляр направляется руководителю медицинской организации заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении не позднее рабочего дня, следующего за датой завершения проверки.</p> <p><del>В случае ненаправления медицинской организацией протокола разногласий в срок, установленный абзацем 3 настоящего пункта, медицинская организация вправе оспорить результаты контроля исключительно в судебном порядке.</del></p>
<p>Пункт 81 Проекта</p>	<p>Инициатором обращения в суд должно выступать застрахованное лицо, а не территориальный фонд</p>	<p>Слова «при наличии согласия застрахованного лица или его законного представителя» заменить словами «по требованию застрахованного лица или его законного представителя»</p>

<p>Пункт 81</p>	<p>Абзац первый в формулировке: «при наличии согласия застрахованного лица» подразумевает инициативу ТФОМС не только при подаче претензий к МО, но и исков в суд, что <u>противоречит основам гражданского законодательства</u>, поскольку выбор способа защиты права является элементом гражданской правосубъектности. Совершеннолетний дееспособный гражданин по своему усмотрению определяет способ защиты нарушенного права.</p> <p>Подпункты 1) и 2) пункта 81 противоречат пункту 28 Порядка: право не применять санкции и, соответственно, обязанность контролировать восстановление нарушенного права застрахованного лица, имеет тот, кто выявил нарушения. Соответственно, ФОМС, ТФОМС и СМО должны иметь равный объем прав и обязанностей.</p>	<p>Исключить судебный порядок.</p> <p>Подпункты 1 и 2 объединить, нумерацию не применять. Изложить текст в редакции: «ФОМС, ТФОМС, СМО, выявившие нарушения прав застрахованных, по заявлению застрахованного лица предъявляет в МО требования о восстановлении нарушенного права, осуществляет содействие застрахованному лицу или его законному представителю в предъявлении претензии к МО или обращении в суд».</p>
<p><b>Х. Порядок применения санкций к медицинской организации за нарушения, выявленные в ходе контроля</b></p>		
<p>Пункт 85 Проекта</p>	<p>Приведение пункта 85 в соответствие со статьей 41 Федерального закона №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»</p>	<p>После слов «подлежит возврату в страховую медицинскую организацию» изложить в редакции: «, Федеральный фонд в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, договором на оказание и оплату медицинской помощи в</p>

		<p>рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, <u>перечнем</u> оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи (приложение 8 к настоящему Порядку)</p> <p>»</p>
<p>86. При выявлении случаев госпитализации застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре, а также случаев непрофильной госпитализации (кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям) санкции применяются к медицинской организации, направившей застрахованного лица на госпитализацию в плановой форме в круглосуточный стационар, а также к медицинской организации, в которую застрахованное лицо госпитализировано.</p>	<p>Страховой случай с направлением пациента на госпитализацию не обязательно может быть запрошен на экспертизу.</p>	<p>86. При выявлении случаев госпитализации застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре, а также случаев непрофильной госпитализации (кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям) санкции применяются к медицинской организации, направившей застрахованное лицо на госпитализацию в плановой форме в круглосуточный стационар (в случае проведения медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи), а также к медицинской организации, в которую застрахованное лицо госпитализировано.</p>
<p>86. Результатом контроля в соответствии с договором по обязательному медицинскому страхованию, договором в рамках базовой программы и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской</p>	<p>П. 86 данного проекта приказа неправомерен в части отклонения счетов по причине повторного выставления счетов, отклоненных по причине превышения запланированных объемов и стоимости государственного задания, предусмотренных</p>	<p>Исключить п.4</p>



<p>помощи) являются: 4) однократное повторное выставление медицинской организацией ранее отклоненной от оплаты позиции реестра счета в случаях, предусмотренных пунктом 16 настоящего Порядка;</p>	<p>на предыдущий отчетный период.</p>	
<p>86. Нарушения при оказании медицинской помощи, выявленные в медицинской организации по договору по обязательному медицинскому страхованию: ... 4) отсутствие объективных причин непредставления медицинской документации, подтверждающей оказание застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации ...</p>	<p>Лексическое значение слова "представление" отлично от лексического значения слова "предоставление". Под термином "представление" предполагается ознакомление эксперта с медицинской документацией, а под термином "предоставление" предполагается передача медицинской документации в распоряжение (эксперту). В целях Порядка необходимо применять термин "предоставление" медицинской документации эксперту, так как МО передает ему медицинскую документацию в использование, а не просто на обозрение.</p>	<p>86. Нарушения при оказании медицинской помощи, выявленные в медицинской организации по договору по обязательному медицинскому страхованию: ... 4) отсутствие объективных причин непредоставления медицинской документации, подтверждающей оказание застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации ...</p>
<p>86. Результатом контроля в соответствии с договором по обязательному медицинскому страхованию, договором в рамках базовой программы и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) являются  5) устранение медицинской организацией выявленных нарушений без применения к ней санкций в течение срока, установленного в заключении о результатах</p>	<p>Результат контроля – устранение выявленных нарушений. Если нарушение устранено финансовые санкции не применяются, поэтому п/п5) иб) предлагается исключить</p>	<p>86. Результатом контроля в соответствии с договором по обязательному медицинскому страхованию, договором в рамках базовой программы и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) являются  <del>5) устранение медицинской организацией выявленных нарушений без применения к ней санкций в течение срока, установленного в заключении о результатах</del></p>

<p>медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, в случаях, предусмотренных пунктом 28 и абзацем вторым пункта 52 настоящего Порядка;</p> <p>б) устранение медицинской организацией нарушений, выявленных в рамках контроля, при последующем оказании медицинской помощи застрахованным лицам.</p>		<p><del>медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, в случаях, предусмотренных пунктом 28 и абзацем вторым пункта 52 настоящего Порядка;</del></p> <p><del>б) устранение медицинской организацией нарушений, выявленных в рамках контроля, при последующем оказании медицинской помощи застрахованным лицам.</del></p>
<p>Последний абзац на странице 36 пункта 86 Проекта</p>	<p><b>В соответствии со статьей 21 Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» медицинская помощь в экстренной и неотложной форме оказывается с учетом сроков ее оказания, а не профиля койки</b></p>	<p>После слов «(госпитализации по)» дополнить словами «экстренным и»</p> <p>Кроме того, требуется уточнение порядка применения финансовых санкций к направившей медицинской организации.</p>
<p>П. 86. «В случае отсутствия уменьшения количества выявленных нарушений оказания медицинской помощи после проведенной экспертизы качества медицинской помощи в течение трех месяцев подряд, размер финансовых санкций ежемесячно увеличивается на десять процентов.»</p>	<p>Не ясен механизм расчёта показателя при наличии протоколов разногласий от медицинских организаций к результатам ЭКМП/претензий в ТФОМС по рассмотрению разногласий по результатам контроля, в том числе признающих необоснованность экспертных выводов СМО.</p>	<p>Исключить</p>
<p>86. В случае отсутствия уменьшения количества выявленных нарушений оказания медицинской помощи после проведенной экспертизы качества медицинской помощи в течение трех месяцев подряд, размер финансовых санкций ежемесячно уве-</p>	<p>Не ясно, имеется ли в виду одни и те же нарушения или общий % дефектуры?</p>	<p>86..... В случае отсутствия уменьшения количества выявленных нарушений оказания медицинской помощи (в соответствии с примененным кодом дефекта) после проведенной экспертизы качества медицинской помощи в течение трех месяцев под-</p>

<p>личивается на десять процентов.</p>		<p>ряд, размер финансовых санкций ежемесячно увеличивается на десять процентов.</p>
<p>П. 86 «При повторном выявлении в медицинской организации <b>нарушений при оказании медицинской помощи, связанных с несоблюдением стандарта оснащения медицинской организации (ее структурных подразделений)</b>, установленного порядком оказания медицинской помощи по соответствующему профилю, по одной и той же позиции указанного стандарта по истечению трех месяцев с рабочего дня, следующего за днем оформления заключения о результатах первично проведенной экспертизы качества медицинской помощи, размер штрафа, применяемого в соответствии с кодами 3.2.1 – 3.2.5 и 3.2.7 перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (приложение 8 к настоящему Порядку) к медицинской организации, удваивается.»</p>	<p>В соответствии с <u>частью 6 статьи 40</u> Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» 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. Таким образом, при ЭКМП не предусмотрено изучение соответствия МО стандарту оснащения, так как объект ЭКМП - это медицинская помощь, а не медицинская организация. Кроме того, закупка медицинской организацией оборудования и оснащения в условиях контрактной системы может превышать 3 месяца.</p>	<p>Исключить</p>
<p>86. При повторном выявлении в медицинской организации нарушений при оказании медицинской помощи, связанных с несоблюдением стандарта оснащения медицинской организации (ее структурных подразделений), установленного порядком оказания медицинской помощи по соответст-</p>	<p>1. К компетенциям ЭКМП не отнесено определение причин нарушений: один лишь факт необоснованного непроведения того или иного мероприятия, которые устанавливают эксперты, не может быть однозначно интерпретирован как следствие неис-</p>	<p>86. При повторном выявлении в медицинской организации нарушений при оказании медицинской помощи по одной и той же позиции указанного стандарта по истечению трех месяцев и более с рабочего дня, следующего за днем оформления заключения о результатах первично прове-</p>

<p>вующему профилю, по одной и той же позиции указанного стандарта по истечению трех месяцев с рабочего дня, следующего за днем оформления заключения о результатах первично проведенной экспертизы качества медицинской помощи, размер штрафа, применяемого в соответствии с кодами 3.2.1 – 3.2.5 и 3.2.7 перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (приложение 8 к настоящему Порядку) к медицинской организации, удваивается.</p>	<p>полнения стандарта оснащения.</p> <p>2. При проведении ЭКМП у экспертов нет возможности проверки исполнения стандарта оснащения.</p> <p>3. Периодичность 3 месяца необходимо увеличить.</p> <p>4. Вероятно, имеются в виду не штрафы, а финансовые санкции в целом (штрафы и удержания).</p> <p>ЭКМП не может подменять под собой государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности, проводимый Росздравнадзором. Методикой и целью ЭКМП не предусмотрено изучение соответствия МО стандарту оснащения, так как объект ЭКМП - это медицинская помощь, а не медицинская организация.</p>	<p>денной экспертизы качества медицинской помощи, размер финансовых санкций, применяемых в соответствии с кодами 3.2.1 – 3.2.5 и 3.2.7 перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (приложение 8 к настоящему Порядку) к медицинской организации, удваивается.</p>
<p>Пункт 86 Порядка</p>	<p>Не понятен механизм реализации</p>	<p>В двух последних абзацах пункта 86 Порядка определено увеличение размера финансовых санкций при отсутствии уменьшения выявленных нарушений. Данное увеличение санкций не подлежит контролю.</p> <p>Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 №108н утверждена методика расчета санкций, не предусматривающая их увеличения в зави-</p>

		симости от доли выявленных нарушений.  Кроме того, требуется пояснение как данное увеличение санкций должно быть отражено в заключении ЭКМП.
пункта 87 Абзац 2	Нарушения раздела II перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи в данной ситуации уже были применены при проведении МЭЭ	Исключить
Пункт 88 Проекта	Приведение пункта 88 в соответствие со статьей 41 Федерального закона №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»	После слов «возврата сумм в страховую медицинскую организацию» дополнить словами «и Федеральный фонд обязательного медицинского страхования»
Пункт 88	Межтерриториальные расчеты ведут ТФОМС, однако они не поименованы как субъекты, имеющие право на применение санкций к МО	В скобках после ФОМС указать ТФОМС
Новый пункт № 91 (после п.90), от этого меняется последующая нумерация	При отсутствии счетов на оплату за период, когда застрахованный не относился к СМО, отсутствует возможность применить санкции к МО, допустившей нарушения прав ЗЛ.  Данный вопрос не отрегулирован действующими НПА («пробел») и решается разными способами в разных субъектах	91. В случае получения жалобы от застрахованного лица (или его законного представителя) на доступность и качество медицинской помощи в период, когда застрахованное лицо не было застраховано в данной страховой медицинской организации, проведение экспертных мероприятий и применение санкций к медицинской организации за нарушения, выявленные в ходе контроля, организуется территориальным фондом обязательного медицинского страхования, включая возможность поручения

		<p>проведения соответствующих контрольно-экспертных мероприятий, а также применения санкций к медицинской организации той страховой медицинской организации, в которой был застрахован гражданин на период оказания медицинской помощи.</p>
<p><b>XI. Обжалование медицинской организацией заключения страховой медицинской организации по результатам контроля</b></p>		
<p>П. 79 В случае ненаправления медицинской организацией протокола разногласий в срок, установленный <u>абзацем 3</u> настоящего пункта, медицинская организация вправе оспорить результаты контроля исключительно в судебном порядке.</p> <p>П. 93 В соответствии со <u>статьей 42</u> Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» медицинская организация имеет право обжаловать заключение страховой медицинской организации по результатам контроля в течение пятнадцати рабочих дней со дня получения заключений страховой медицинской организации путем направления в территориальный фонд письменной претензии по форме, согласно <u>приложению 7</u> к настоящему Порядку.</p> <p>К претензии в обязательном порядке прилагаются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) обоснование претензии;</li> <li>2) перечень вопросов по каждому ос-</li> </ol>	<p>Взаимоисключающие пункты: п. 79 если МО не подала протокол разногласий в СМО, то обжалуют исключительно в судебном порядке; п. 93 - медицинская организация имеет право обжаловать заключение страховой медицинской организации по результатам контроля в течение пятнадцати рабочих дней со дня получения заключений страховой медицинской организации путем направления в территориальный фонд письменной претензии.</p>	<p>П. 93 В соответствии со <u>статьей 42</u> Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» медицинская организация имеет право обжаловать заключение страховой медицинской организации по результатам контроля в течение пятнадцати рабочих дней со дня получения заключений страховой медицинской организации с <b>протоколом урегулирования разногласий со СМО</b> путем направления в территориальный фонд письменной претензии по форме, согласно <u>приложению 7</u> к настоящему Порядку.</p> <p>К претензии в обязательном порядке прилагаются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) обоснование претензии;</li> <li>2) перечень вопросов по каждому оспариваемому случаю;</li> <li>3) материалы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности по оспариваемому случаю.</li> </ol>

<p>париваемому случаю;</p> <p>3) материалы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности по оспариваемому случаю.</p> <p>К претензии прилагаются результаты ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности (при наличии).</p> <p>В случае первичного направления медицинской организацией в страховую медицинскую организацию протокола разногласий к заключению, подписанному с возражениями, указанный в настоящем пункте срок обжалования заключения страховой медицинской организации по результатам контроля исчисляется со дня получения от страховой медицинской организации результатов рассмотрения протокола возражений</p>		<p>К претензии прилагаются результаты ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности (при наличии).</p>
<p>Пункт 93 Проекта</p>	<p>В абзаце 1 предусмотрено направление претензии в территориальный фонд после проведения страховой медицинской организацией экспертного контроля, а в последнем абзаце – после направления в страховую медицинскую организацию протокола разногласий.</p> <p>Кроме того, абзацем 8 пункта 79 Порядка исключена возможность направления претензии медицинской организацией при несоблюдении порядка обжалования в досудебном порядке результатов контроля, проведенного страховой медицинской ор-</p>	<p>Абзацы первый и последний пункта 93 необходимо привести в соответствие</p>

	ганизацией.	
Пункт 94 Проекта	Медико-экономический контроль проводится территориальным фондом, а не страховой медицинской организацией, поэтому направление претензии осуществляется в организацию, первично проводящую данный вид контроля	Слова «медико-экономического контроля» исключить
<b>Пункты 94, 95</b>	В целях соблюдения ТФОМС сроков организации и проведения повторной ЭКМП по претензии МО, а также ввиду того, что в пункте 62 отсутствует понятие «решение территориального фонда», считаем необходимым исключить из пунктов 94 и 95 Проекта приказа ссылку на пункт 62 и определить отдельный порядок и сроки направления заключений о результатах повторной экспертизы качества медицинской помощи и решения территориального фонда	Предлагаем изложить пункты 94 и 95 Проекта приказа в следующей редакции: 94. «Территориальный фонд в течение тридцати 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 <u>частью 4 статьи 42</u> Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» оформляются решением территориального фонда. Территориальный фонд направляет результаты проведения реэкспертизы, оформленные заключением о результатах повторной медико-экономической экспертизы (заключением о результатах повторной экспертизы качества медицинской помощи) с приложением, являющимся неотъемлемой частью заключения ( <u>приложение 4</u>



		<p>к настоящему Порядку) в страховую медицинскую организацию и медицинскую организацию в срок не позднее двадцати рабочих дней после окончания проверки.</p> <p>Страховая медицинская организация и медицинская организация рассматривают указанные в настоящем пункте заключения в течение десяти рабочих дней с даты их получения от территориального фонда.</p> <p>По результатам реэкспертизы территориальный фонд в течение десяти рабочих дней после оформления заключения повторного контроля принимает решение (а при наличии возражений на заключение повторного контроля со стороны страховой медицинской организации, в течение 10 рабочих дней с даты получения территориальным фондом, указанных возражений), и направляет решение, подписанное руководителем, в страховую медицинскую организацию и медицинскую организацию».</p> <p>95. «Решение территориального фонда, признающее правоту медицинской организации, доведенное до страховой 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</p>
--	--	--

		<p>экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи.</p> <p>Изменение финансирования по результатам рассмотрения спорных случаев проводится страховой медицинской организацией в срок не позднее тридцати рабочих дней (в период окончательного расчета с медицинской организацией за отчетный период).</p>
<p>П. 95. «Решение территориального фонда, признающее правоту медицинской организации, доведенное до страховой медицинской организации в сроки, установленные пунктом 62 настоящего Порядка, 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.</p>	<p>Изменение финансирования по результатам рассмотрения спорных случаев проводится страховой медицинской организацией в срок не позднее тридцати рабочих дней (в период окончательного расчета с медицинской организацией за отчетный период)» - вступает в противоречие с ГК, т.к. не признаёт равенство сторон в Договорных отношениях.</p>	
<p><b>ХII. Организация территориальным фондом контроля при осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования</b></p>		

пункта 99 Подпункт 1)	Нецелесообразно проводить плановую МЭЭ при межтерриториальных расчетах.	Изложить в следующей редакции: «1) внеплановую медико-экономическую экспертизу – в порядке, установленном разделом IV настоящего Порядка»
пункта 99 Подпункт 2)	Нецелесообразно проводить тематические ЭКМП при межтерриториальных расчетах.	После слова «внеплановая» дополнить словом «целевая»
<b>XIII. Работники, осуществляющие медико-экономическую экспертизу и экспертизу качества медицинской помощи</b>		
Пункт 104		п. 104 описывает требования к экспертизе медико-экономической экспертизы. Сделана лазейка — либо сертификат специалиста, либо аккредитация. Требуется обязательная аккредитация, не прописана обязательность мероприятий непрерывного медицинского образования.
Пункт 107		п. 107 определяет полномочия специалиста-эксперта по медико-экономической экспертизе. Мне кажется, что полномочия слишком широкие, во всяком случае назначать экспертов по мультидисциплинарной экспертизе качества должна непосредственно страховая компания или фонд ОМС.
Пункт 109		. 109 предусматривает возможность анонимности работы эксперта, но не прописывает, как она обеспечивается.

<b>общее</b>		
		<p>В основной преамбуле к документу за подписью Министра здравоохранения М.А. Мурашко — ссылки на документы, вышедшие в 2010 — 2012 гг. За этот период вышло много новых документов, в том числе по клиническим рекомендациям, критериям качества причем от того же Минздрава.</p> <p>Главный недостаток документа — нигде не прописано, что федеральные медицинские учреждения контролируются непосредственно фондами ОМС без участия страховых компаний (!!!), а ведь это декларировалось!</p>
		<p>Наконец, ни в одном пункте нет ссылки на приказ Минздрава от 10.05.2017 г. № 203н «Об утверждении критериев качества оказания медицинской помощи». Сведений об его отмене не поступало.</p>
<p><b>Приложение № 1</b>  <b>Заключение по результатам медико-экономического контроля</b></p>		

<p>Заголовочная часть:</p> <p>Номер заключения, дата его составления.</p> <p>Наименование страховой медицинской организации.</p> <p>Наименование медицинской организации.</p> <p>Номер реестра счетов, период, за который он предоставлен.</p> <p>Содержательная часть:</p> <p>Характеристика реестра оказанной медицинской помощи: число представленных к оплате страховых случаев, суммарная стоимость медицинских услуг, предоставленных к оплате.</p> <p>Оценка соответствия данных счета на оплату оказанной медицинской помощи реестру счетов.</p> <p>Оценка соответствия тарифов, указанных в реестре счетов, утвержденным тарифам.</p> <p>Оценка соответствия видов и профилей оказанной медицинской помощи лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности.</p> <p>Результаты медико-экономического контроля: число выявленных записей, содержащих сведения о нарушениях при ока-</p>	<p>ТФОМС несет ответственность за результаты МЭК в полном объеме и обязан подписывать заключение по результатам проведенного фондом МЭК.</p>	<p>Исключить: «Должность, подпись ответственного лица страховой медицинской организации, утверждающего заключения».</p>
---	--	---

<p>зании медицинской помощи и их стоимость.</p> <p>Расшифровка выявленных нарушений при оказании медицинской помощи (в соответствии с разделом I приложения 8 к настоящему Порядку) с указанием заявленной суммы для оплаты (может представляться в табличном виде).</p> <p>Сумма, исключаемая из оплаты, по результатам проведенного медико-экономического контроля.</p> <p>Сумма финансовых санкций за нарушения при оказании медицинской помощи в случае заполнения по данной форме заключения по результатам повторного медико-экономического контроля, проведенного территориальным фондом.</p> <p>Итоговая сумма, принятая к оплате.</p> <p>Заверительная часть:</p> <p>Должность, подпись работника, проводившего медико-экономический контроль.</p> <p>Должность, подпись ответственного лица страховой медицинской организации (территориального фонда), утверждающего заключения.</p> <p>Должность, подпись руководителя медицинской организации, ознакомившегося с заключением.</p>		
--	--	--

<p>Табличная форма заключения  _____ от _____ (дата)  по результатам медико-экономического  контроля  счета № _____ от _____  на оплату оказанной медицинской помощи  в медицинской организации:</p> <p>_____</p> <p>(наименование)</p> <p>Перечень отклоненных позиций к оплате в  счете  на оплату оказанной медицинской помощи  (реестре счетов)  с разбивкой по:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- коду специалиста медицинской организа-  ции</li> <li>- коду профиля отделения (для медицин-  ской организации,  оказывающей стационарную помощь, -  койки)</li> </ul> <p>Руководитель страховой медицинской  организации/директор территориального  фонда</p> <p>М.П. _____ подпись  _____ расшифровка подпи-  си</p> <p>Должность, подпись руководителя  медицинской организации, ознакомивше-  гося с заключением _____</p>	<p>Подпись СМО предлагается как ознаком-  ление с результатами МЭК и принятии  СМО этого заключения для организации  оплаты МП. ТФОМС несет ответствен-  ность за результаты МЭК в полном объеме  и обязан подписывать заключение по ре-  зультатам проведенного фондом МЭК.</p>	<p>Руководитель <del>страховой медицинской ор-  ганизации</del>/директор территориального  фонда</p> <p>М.П. _____ подпись  _____ расшифровка подпи-  си</p> <p>Руководитель страховой медицинской  организации ознакомившийся с заключени-  ем  ТФОМС, и принявший заключение  для организации оплаты медицинской по-  мощи в соответствии с заключением  _____</p> <p>Дата _____</p> <p>Должность, подпись руководителя  медицинской организации, ознакомивше-  гося с заключением _____</p> <p>Дата _____</p>
---	--	--

Дата _____		
<b>Приложение 4</b> <b>Заключение по результатам</b> <b>повторной медико-экономической экспертизы/экспертизы качества медицинской помощи</b>		
	<p>Основанием для проведения повторной ЭКМП/МЭЭ организуемой в целях проведения территориальным фондом документальной проверки соблюдения страховой медицинской организацией законодательства в сфере обязательного медицинского страхования, является приказ территориального фонда, а в случае поступления претензии от МО на заключение страховой медицинской организации по результатам контроля, основанием для проведения повторной ЭКМП/МЭЭ является претензия.</p>	<p>Предлагаем приложение 4 к Проекту приказа в части основания для проведения повторной медико-экономической экспертизы/экспертизы качества медицинской помощи, дополнить вариантом: «на основании претензии медицинской организации _____ (название) от «__» _____ 20__ г. № _____».</p>
<b>Приложение №5 Реестр заключений по результатам медико-экономического контроля</b>		
<p>Рекомендуемый образец  Реестр заключений по результатам медико-экономического контроля  № ____ от _____ г.</p> <p>Дата предоставления счетов страховой медицинской организации  (территориальному фонду) медицинской</p>	<p>В соответствии с ФЗ об ОМС МЭК осуществляет ТФОМС, медицинские организации обязаны счета и реестры счетов предоставлять в ТФОМС, а не в СМО. Следует четко разграничивать полномочия фонда и СМО.</p>	<p>Приложение 5</p> <p>Дата предоставления счетов страховой медицинской организации территориальному фонду медицинской организацией «__» _____ 201_ г.</p> <p>Дата проверки счетов (реестров) «__»</p>



организацией «__» _____ 201_ г.  Дата проверки счетов (реестров) «__» _____ 201_ г. Специалист (Ф.И.О. и подпись) _____		_____ 201_ г. Специалист ТФОМС (Ф.И.О. и подпись) _____
<b>Приложение №8</b> <b>ПЕРЕЧЕНЬ</b> <b>ОСНОВАНИЙ ДЛЯ ОТКАЗА В ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ</b> <b>(УМЕНЬШЕНИЯ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ)</b>		
Раздел 1. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономического контроля		
Приложение 8: раздел 1 " <b>Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономического контроля</b> "; раздел 2 " <b>Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономической экспертизы</b> "; раздел 3 " <b>Нарушения, выявляемые при проведении экспертизы качества медицинской помощи</b> ".		Изменить название раздела 2 Приложения 8 на следующий: " <b>Раздел 1. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов</b> "; " <b>Раздел 2. Нарушения доступности медицинской помощи</b> "; " <b>Раздел 3. Нарушения при оказании медицинской помощи</b> ".
Приложение 8: разделение дефектов на МЭК, МЭЭ, ЭКМП	Нарушения могут быть выявлены при разных видах экспертизы	Оставить прежнюю редакцию приложения 8
<b>Код дефекта 1.2.</b> «Невключение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком про-	Дефект 1.2. «Невключение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблю-	Уточнить, что применение кода дефекта 1.2. «Невключение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с по-

<p>ведения диспансерного наблюдения.»</p>	<p>дения.» включен в <b>Раздел 1. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономического контроля</b></p> <p><b>При этом,</b></p> <p>В пункте 28. (<b>IV. Медико-экономическая экспертиза</b>) значится:</p> <p>В случае выявления по результатам медико-экономической экспертизы нарушений при оказании медицинской помощи (дефектов), отнесенных к кодам 1.2, 2.5.1, 2.11 и 2.12 (при условии возврата медицинской организацией средств, затраченных застрахованным лицом на оплату медицинской помощи), 2.13 (при условии отсутствия негативного влияния на здоровье застрахованного лица и необходимости проведения ему диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств) перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), установленных разделом II приложения 8 к настоящему Порядку, <b>в заключении о результатах медико-экономической экспертизы</b> устанавливается срок устранения медицинской организацией указанного нарушения, в течение которого к медицинской организации финансовые санкции не применяются.</p>	<p>рядком проведения диспансерного наблюдения.» возможно на <b>этапе медико-экономической экспертизы</b></p>
---	--	--

Код дефекта 1.3.	<b>В соответствии со статьей 21 Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» медицинская помощь в экстренной и неотложной форме оказывается с учетом сроков ее оказания, а не профиля койки</b>	После слов «по неотложным» дополнить словами «, экстренным»
Код дефекта.1.1-1.3	На этапе МЭК не исполнимо, поскольку МЭК выполняется в автоматическом режиме. Если какие-либо данные не загружаются МО в электронные формы, выявить дефект невозможно. Кроме того, по п. 1.2 к МО, согласно пункту 28 Порядка, могут не применяться санкции, если нарушения устранены по результатам <u>МЭЭ</u>	Переместить п. 1.1-1.3 в раздел II
Приложение 8, коды дефектов 1.5.1 включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией, 1.5.2.включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис обязательного медицинского страхования на территории другого субъекта Российской Федерации;	Нарушение не имеет смысла, т.к. МО сдает один реестр в ТФОМС, который определяет страховую принадлежность. Предлагаем исключить	<b>Исключить.</b>
Код дефекта п. 1.5.1, п. 1.5.2	Пункты лишены смысла, поскольку МЭК проводит ТФОМС/ФОМС по всем страховым случаям. Рациональным является формирование распределенного реестра ТФОМС и направление этого реестра сразу в СМО.	Исключить п. 1.5.1, п. 1.5.2, изменить алгоритм информационного взаимодействия по приказу ФОМС № 79

<b>Код дефекта 1.6.4.</b>	Включение на оплату за счет средств ОМС данных услуг невозможно выявить при проведении МЭК, поскольку услуги в рамках постановления правительства РФ №1915 в реестры счетов не включаются и не оплачиваются из средств ОМС. Проверка обоснованности включения дублирующих услуг в реестры счетов на оплату по ОМС возможно только по результатам контроля первичной медицинской документации	В части «медицинских услуг, оказываемых частными медицинскими организациями в рамках пилотного проекта по вовлечению частных медицинских организаций в оказание медико-социальных услуг лицам в возрасте 65 лет и старше, являющимися гражданами Российской Федерации, в том числе проживающим в сельской местности» перенести в нарушения, выявляемые при проведении МЭЭ (раздел 2)
<b>Код дефекта 1.10.5.</b>	Указанные консультации входят в законченный случай лечения в стационарных условиях и не оплачиваются отдельно	Слова «а также консультаций в других медицинских организациях при экстренных и неотложных состояниях» исключить
<b>Код дефекта п.п. 1.5.5, 1.6.1, 1.6.4, 1.10.3</b>	Нарушения могут быть выявлены в ходе медико-экономической экспертизы при анализе первичной медицинской документации	Включить в Раздел 2 «Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономической экспертизы»
<b>Раздел 2. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономической экспертизы</b>		
<b>Раздел II</b> Код дефектов 2.1.1.	Не конкретизирован пункт для понимания случая	Необходимо конкретизировать данный пункт. В каком случае будет снижена оплата МО? В тех случаях, если пациенту отказано в выдаче направления для получения МП в выбранной им МО? Или в каких то других случаях?
2.1.2. на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской орга-	Не конкретизирован пункт для понимания случая	Необходимо конкретизировать данный пункт. Будет ли вынесен дефект МП, например, если пациенту будет отказано в

низации;		выборе врача, по причине его занятости согласно плановой нагрузке или личных неприязненных отношений к пациенту.
Код дефектов 2.2.	Невозможно установить причинно-следственную связь между временем доезда бригады скорой медицинской помощи и наступившим летальным исходом	Слова «приведшее к летальному исходу» исключит
Код дефектов 2.3.1.	Не конкретизирован пункт для понимания случая	Исключить данный пункт из перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи, так как отказ в МП не повлек за собой ухудшение состояния здоровья, не создал риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создал риска возникновения нового заболевания;
Коды дефектов п. 2.3, 2.4, 2.5. 2.3. Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программой обязательного медицинского страхования, в том числе: 2.3.1. не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания; 2.3.2. повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания;	На этапе МЭЭ оценка и применение таких дефектов влечет риск необоснованных/необъективных заключений, так как, специалист-эксперт не обладает компетенциями эксперта качества.	Исключить из Раздела 2. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономической экспертизы и перенести в раздел 3 Нарушения, выявляемые при проведении экспертизы качества медицинской помощи

<p>2.4. 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:</p> <p>2.4.1. не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;</p> <p>2.4.2. повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, 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).</p> <p>2.5. Не проведение диспансерного наблюдения застрахованного лица (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения), включенного в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодически-</p>		
---	--	--

<p>стью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований, в том числе:</p> <p>2.5.1. не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;</p> <p>2.5.2. повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, 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).</p>		
<p>п. 2.5</p>	<p>Данный пункт учитывает только случаи непроведения диспансерного наблюдения лица, предварительно взятым на ДУ, и не учитывает нарушения, связанные с не взятием на ДУ лиц, подлежащих ДУ</p> <p>Уточнить, что отказ должен быть в письменной форме</p>	<p>Пункт 2.5 Перечня сформулировать в следующей редакции:  «Не проведение диспансерного наблюдения застрахованного лица (за исключением случаев письменного отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения), подлежащего включению или включенного в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований, в том числе:»</p>

Код дефектов 2.6.	Оказание экстренной медицинской помощи в случае обращения пациента? В случае оказания экстренной МП будет ли она оплачена? Как поступать в случае оказания МП по экстренным и неотложным показаниям?	Необходимо конкретизировать, в каких случаях и как будет оплачена МП по экстренным и неотложным показаниям. Например, если пациент обратился за экстренной или неотложной медицинской помощью в ближайшую МО, не имеющую лицензию на данный вид медицинской помощи
Код дефектов 2.7..	Во время лечения в дневном стационаре пациент проводит не весь день и при лечении в профильном отделении, например по профилю онкология (химиотерапия), пациент может нуждаться в помощи по другому профилю (например, офтальмология), часто пациенты обращаются за консультациями для направления на МСЭ.	Считаем, что п.27 может быть сформулирован следующим образом «Необоснованное представление в реестрах счетов случаев оказания застрахованному лицу медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в период оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях (кроме дня (времени) поступления и выписки из стационар».
Код дефектов 2.12.	Не указано по основному или конкурирующему заболеванию? Или использование МО лек. препаратов из иных источников финансирования?	Не всегда представляется возможным, в первые сутки обеспечить пациента жизненно необходимыми лекарственными препаратами, назначенные лечащим врачом по месту жительства, в том числе при наличии у него орфанных заболеваний т.к. есть свой формуляр лекарственных препаратов
код 2.8 - помощи в указанный период в амбулаторных условиях (за исключением случаев, при которых стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской	Прерванным случай может быть, в том числе по объективным причинам, в том числе смерть ЗЛ или отказ ЗЛ или его представителя от продолжения лечения.	<b>Исключить.</b>



<p>помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией).</p>		
<p>код дефектов 2.13 - не соблюдение требований к взаимодействию участников системы обязательного медицинского страхования, установленных правилами обязательного медицинского страхования, приведшее к несоблюдению порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций.</p>	<p>В каждом конкретном случае ответственным за не соблюдение требований к взаимодействию участников системы ОМС может быть не только МО. Выявление указанного нарушения не относится к целям МЭЭ и ЭКМП.</p>	<p><b>Исключить.</b></p>
<p><u>код дефектов 2.15</u> - необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение аналогичных лекарственных препаратов, связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию оказания медицинской помощи; избыточная лекарственная терапия, заключающаяся в несоответствии дозировок, кратности и длительности приема лекарственных препаратов клиническим рекомендациям;</p> <p><u>код дефектов 2.17</u> - отсутствие в документации информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях;</p> <p><u>код 2.19</u> - дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов,</p>	<p>Указанные нарушения должны быть разрешены к применению не только при МЭЭ, но и при ЭКМП.</p>	<p>Изменить название раздела 2 Приложения 8 на следующий: "Раздел 1. <b>Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов</b>"; "Раздел 2. <b>Нарушения доступности медицинской помощи</b>" (Нарушения, применимые при медико-экономической экспертизе и экспертизе качества медицинской помощи); "Раздел 3. <b>Нарушения при оказании медицинской помощи</b>".</p>

не соответствует табелю учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).		
п. 2.15	При проведении контроля выявляются нарушения, связанные с отсутствием доз, кратности применения	Дополнить словами «Назначение терапии без указания способа введения препарата, суточных курсовых доз, кратности применения.» Целесообразно дублирование нарушения в III разделе Перечня
Код дефекта 2.16. Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.	Непредставление медицинской документации возможно и на этапе экспертизы качества медицинской помощи	Добавить в раздел <b>Раздел 3. Нарушения, выявляемые при проведении экспертизы качества медицинской помощи</b>
код дефекта 2.16 - непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.	1. Указанное нарушение должно быть разрешено к применению не только при МЭЭ, но и при ЭКМП.  2. Целесообразно уточнить срок: в течение 5 рабочих дней (в соответствии с п.73).	Приложение 8: код 2.16 - непредставление медицинской документации, подтверждающее факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин в течение 5 рабочих дней после получения медицинской организацией соответствующего запроса страховой медицинской организации.
код дефекта 2.17	При проведении контроля выявляются нарушения, связанные с оформлением согласия не в соответствии с действующими нормативными документами	Дополнить словами «Применяется также в случае оформления согласия не в соответствии с требованиями действующих нормативных правовых актов РФ, за исключением случаев объективной невозможности получения таких согласий застрахованного

		лица.»
код дефекта 2.18.	Что значит дописки, вклейки, исправления, полное переоформление мед. карты? Некорректный пункт, нет нормативных документов, регламентирующих правила оформления мед. документации	Необходимо конкретизировать что такое дописки, вклейки, исправления, полное переоформление мед. карты, как определяются признаки искажения. Дать определение «дописки», «вклейки», т.к. нет в настоящее время нормативного документа определяющего правила оформления медицинской документации.
код дефекта 2.20.1 - несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе: оплаченный случай оказания медицинской помощи выше тарифа, установленного тарифным соглашением более чем на 30%.	Не ясно, по какой причине пороговым значением определено 30%. Отсутствие применения кода 2.20.1 к страховым случаям, по которым разница тарифов менее 30%, будет способствовать необоснованному расходу средств ОМС на завышенную оплату страховых случаев. Это недопустимо и сподвигает МО на мошеннические схемы.	Приложение 8: код 2.20.1 - несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе: оплаченный случай оказания медицинской помощи выше тарифа, установленного тарифным соглашением.
код дефекта 2.20.2	В предлагаемом Перечне отсутствуют нарушения, связанные с выявлением приписок проведенных медицинских услуг, посещения врача-специалиста, что периодически выявляется в ходе контроля.	Пункт 2.20.2 Перечня сформулировать в следующей редакции: «включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу, либо выявленных фактов приписок проведенных медицинских услуг, случаев оказания медицинской помощи». Целесообразно дублирование нарушения в III разделе Перечня

	При проведении медико-экономической экспертизе оценивается полнота проведения диагностических услуг/осмотров в соответствии с порядком проведения профилактических мероприятий	Добавить в <b>Раздел 2. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономической экспертизы</b> дефектом «Не выполнение необходимых пациенту диагностических услуг/осмотров в соответствии с порядком проведения профилактических мероприятий»
<b>Раздел 3. Нарушения, выявляемые при проведении экспертизы качества медицинской помощи</b>		
код дефекта 3.1.	Не понятны критерии выставления нарушения	Уточнить возможность применения дефекта (неполный диагноз, другой по коду МКБ 10; основной или сопутствующий)
код дефекта 3.1.5.	Отсутствует действующий нормативно-правовой акт, устанавливающий категории расхождения диагнозов	Слова «в том числе при наличии расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 3 категории)» исключить
коды 3.1.1 - 3.1.5 - установление неверного диагноза.	Нарушения, квалифицируемые кодами 3.1.1 - 3.1.5, представляют собой основные нарушения, в то время как нарушения, квалифицируемые кодами 3.2.1 - 3.2.5 и другие нарушения раздела 3 представляют собой исключительно номинальные нарушения (невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение диагностических мероприятий). В коды 3.2.1 - 3.2.5 уже заложена возможность интерпретации нарушений, приводящих к неблагоприятным последствиям, в том числе установлению неверного диагноза. Таким образом, вместо любого из кодов 3.1.1 - 3.1.5 возможно применить коды 3.2.1 - 3.2.5 соответствен-	<b>Исключить.</b>

	НО.	
код дефекта 3.2.1 - невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе по результатам проведенного диспансерного наблюдения, рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий: не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица; код 3.4 - преждевременное с клинической точки зрения прекращение оказания медицинской помощи при отсутствии клинического эффекта (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях).	Компетенций специалиста-эксперта, проводящего МЭЭ, достаточно для выявления указанных нарушений, при этом отсутствует необходимость установления взаимосвязи нарушений с неблагоприятными последствиями. По этой причине их целесообразно перенести (продублировать) в разделе 2 Приложения 8.	Приложение 8 (раздел 2): код 2.22.1 - невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе по результатам проведенного диспансерного наблюдения, рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий: не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица; код 2.23 - преждевременное с клинической точки зрения прекращение оказания медицинской помощи при отсутствии клинического эффекта (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях).
код дефекта 3.2.6., 3.2.7.	Дублируют формулировку основного дефекта (3.2.) и не отражают степень влияния на состояние здоровья застрахо-	Исключить

	ванного лица как дефекты 3.2.1. – 3.2.5	
Код дефекта 3.5. Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, преждевременная выписка из медицинской организации), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось <b>повторное обоснованное обращение застрахованного лица</b> за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение тридцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, стационарно (повторная госпитализация); повторный вызов скорой медицинской помощи в течение двадцати четырех часов от момента предшествующего вызова.	Проведение внеплановой экмп осуществляется в случаях <b>повторного обоснованного обращения по поводу одного и того же заболевания</b> : в течение <b>четырнадцати</b> дней - при оказании медицинской помощи <b>амбулаторно</b> ; в течение <b>тридцати дней</b> при оказании медицинской помощи в <b>круглосуточном стационаре</b>	Привести в соответствие с поводами для проведения внеплановой экмп  И дополнить словами: «за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) отсутствия письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях»  Обозначить случаи повторного обоснованного обращения, имсключающие проведение контрольно-экспертных мероприятий по данному поводу: длительное циклическое/курсовое/программное лечение, плановые операции на парных органах ( офтальмология) и пр.
код дефекта 3.7.	Проектом не предусмотрена проверка наличия пациентов в медицинской организации во время оказания медицинской помощи	Слова «отсутствие пациента в медицинской организации на дату проверки» исключить
код дефекта 3.8.	<b>В соответствии со статьей 21 Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» медицинская помощь в экстренной и неотложной форме оказывается с учетом</b>	После слов «госпитализации по» дополнить словами «экстренным и»

	сроков ее оказания, а не профиля койки	
<p>Приложение 8: код 3.8 - госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре, отсутствие пациента в медицинской организации на дату проверки;</p> <p>код 3.9 - необоснованное представление в реестрах счетов случаев оказания застрахованному лицу медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара в период пребывания оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях);</p> <p>код 3.12 - отсутствие в 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>Компетенций специалиста-эксперта, проводящего МЭЭ, достаточно для выявления указанных нарушений, при этом отсутствует необходимость установления взаимосвязи нарушений с неблагоприятными последствиями. По этой причине их целесообразно перенести (продублировать) в разделе 2 Приложения 8.</p>	<p>Приложение 8 (раздел 2):</p> <p>код 2.24 - госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре, отсутствие пациента в медицинской организации на дату проверки;</p> <p>код 2.25 - необоснованное представление в реестрах счетов случаев оказания застрахованному лицу медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара в период пребывания оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях);</p> <p>код 2.26 - отсутствие в 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 медицин-</p>

		ской помощ
<p>Код дефекта 3.11</p> <p>Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 категории, обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований в связи с несоответствием оснащения медицинской организации (структурного подразделения медицинской помощи)</p>	<p>Дополнить значимой 3 категорией, при этом проверка при ЭКМП в сфере ОМС оснащенности медицинской организации не укладывается в определенные экспертизы качества (пункт 6 ст. 40 Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 08.12.2020)).</p>	<p>Изложить в редакции Приказа 36 «Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории вследствие дефектов при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи»</p>
<p>Код дефекта 3.11</p> <p>Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 категории, обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований в связи с несоответствием оснащения медицинской организации (структурного подразделения медицинской помощи)</p>	<p>1. К компетенциям ЭКМП не отнесено определение причин нарушений: один лишь факт необоснованного непроведения того или иного мероприятия, которые устанавливают эксперты, не может быть однозначно интерпретирован как следствие неисполнения стандарта оснащения.</p> <p>2. При проведении ЭКМП у экспертов нет возможности проверки исполнения стандарта оснащения.</p> <p>3. Не ясно, по какой причине отсутствует код нарушения за:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- расхождение диагнозов 3 категории (гораздо более серьезное нарушение, чем расхождение диагнозов 2 категории);</li> <li>- необоснованное непроведение патологоанатомического вскрытия (потенциальное</li> </ul>	<p>Приложение 8: код 3.11 - наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов <b>2 - 3 категории вследствие нарушений при оказании медицинской помощи;</b></p> <p>код 3.13 - <b>необоснованное отсутствие проведения патолого-анатомического вскрытия.</b></p>



	сокрытие расхождений 2 - 3 категории).	
код дефекта 3.12	<p>В целях улучшения оценки качества оказанной медицинской помощи</p> <p>Наличие результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей может определить специалист - эксперт.</p>	<p>Дополнить словами «Отсутствие рубрификации заключительного клинического диагноза, патологоанатомического диагноза, даты установления клинического диагноза, отсутствие хронологического признака (указание на время (час, минута) возникновения состояния, время начала и окончания каждого вмешательства, изменения в состоянии пациента, появления или устранения признаков угрозы для жизни».</p> <p>Включить в Раздел 2 «Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономической экспертизы»</p>
Разделение кодов нарушений по видам Контроля	<p>Такое разделение приведет к ограничениям применения ряда кодов на этапе МЭЭ: 4.2 (дефекты оформления ПМД), 3.2.1 (невыполнение стандартов/порядков МП, не приведшие к рискам и последствиям); одновременно, и ограничениям на ЭКМП – 4.1 (не предоставление ПМД), 3.10 (необоснованное назначение ЛС) и т.д. Указанные выше коды МЭЭ - наиболее часто выявляемые коды по сложившейся практике на данном этапе контроля.</p> <p>Отсутствует возможность использования одного кода нарушений и на этапе МЭЭ, и ЭКМП, что также ограничивает возможности применения кодов в рамках различных видов Контроля. Например,</p>	<p>Дополнить</p> <p><b>Раздел 2. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономической экспертизы</b></p> <p>4.2 (дефекты оформления ПМД),</p> <p>3.2.1 (невыполнение стандартов/порядков МП, не приведшие к рискам и последствиям).</p> <p><b>Раздел 3. Нарушения, выявляемые при проведении экспертизы качества медицинской помощи</b></p>

	<p>код дефекта 4.3 «Отсутствие добровольного информированного согласия» или 4.4. «Искажение сведений (фальсификация)..» можно применять только на этапе МЭЭ. Данная новация потребует изменения некоторых организационных подходов экспертной деятельности.</p> <p>Изменение подхода расчета санкции по коду 4.6.1, который предполагал в случае использования МО завышенного тарифа на оплату МП - уменьшение оплаты в размере разницы тарифов и штраф в размере 30% ПНФ. Проектом Перечня предлагается только штраф в размере 30% ПНФ за несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов только в случае, если оплаченный случай оказания медицинской помощи выше тарифа, установленного тарифным соглашением более чем на 30% (ранее ограничение отсутствовало).</p>	<p>код дефекта 4.3 «Отсутствие добровольного информированного согласия»</p> <p>4.4. «Искажение сведений (фальсификация)..»</p>
--	--	--