
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ПИСЬМО
от 24 декабря 2012 г. N 9939/30-и

О ПОРЯДКЕ КОНТРОЛЯ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в части проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления скорой медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию сообщает.

В соответствии со [статьей 51](#) Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (далее - Федеральный закон) в 2013 - 2014 годах за счет межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджетов субъектов Российской Федерации в бюджеты территориальных фондов, осуществляется финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) в объеме не менее фактических расходов консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации на указанные цели в предыдущем году.

Таким образом, с 1 января 2013 года за счет средств обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи).

[Программой](#) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 22 октября 2012 г. N 1074, предусмотрено, что скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации) оказывается в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

Согласно [статье 40](#) Федерального закона контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями в объеме и на условиях, которые установлены территориальной программой обязательного медицинского страхования и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, проводится в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, установленным Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

В соответствии с [Порядком](#) организации и Проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. N 230 (далее - Порядок), к контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию относятся мероприятия по проверке соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, реализуемые посредством медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи. Объектом контроля является организация и оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Таким образом, контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления скорой медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию следует осуществлять в соответствии с нормами, утвержденными в [Порядке](#).

Одновременно рекомендуем установить следующие объемы проверок скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации:

- для ежемесячных медико-экономических экспертиз - 3% от числа поданных на оплату случаев;
- для ежемесячных экспертиз качества медицинской помощи - 1,5% от числа поданных на оплату случаев.

В соответствии с [частью 10 статьи 40](#) Федерального закона результаты контроля объемов, сроков,

качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию являются основанием для применения мер, предусмотренных [статьей 41](#) Федерального закона.

Предлагаем рекомендуемый [перечень](#) оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, для случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации (приложение).

Отчет о проведенном контроле объемов, сроков, качества и условий предоставления скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, следует представлять в электронном виде в программе USOI в разделе квартальная отчетность 003 "Права граждан" по форме отчетности N ПГ "Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования", начиная с отчета за I квартал 2013 года.

Председатель
Н.Н.СТАДЧЕНКО

Приложение 1
к письму ФФОМС
от 24 декабря 2012 г. N 9939/30-и

**ПЕРЕЧЕНЬ
ОСНОВАНИЙ ДЛЯ ОТКАЗА В ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
(УМЕНЬШЕНИЯ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ), А ТАКЖЕ УПЛАТЫ
МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ШТРАФА, В ТОМ ЧИСЛЕ ЗА НЕОКАЗАНИЕ,
НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА (ДЛЯ СЛУЧАЕВ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВНЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ)**

Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц	
1.1.	Увеличение сроков ожидания скорой медицинской помощи:
1.1.1.	от 50 до 100 процентов от норматива, установленного территориальной программой государственных гарантий <...>
1.1.1.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;
1.1.1.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания;
1.1.2.	более 100 процентов от норматива, установленного территориальной программой государственных гарантий <...>
1.1.2.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;
1.1.2.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания;

1.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании скорой медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС (устанавливается по обращениям застрахованных лиц или их представителей), в том числе:
1.2.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;
1.2.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, 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);
1.2.3.	приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)
1.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании скорой 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:
1.3.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;
1.3.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания;
1.3.3.	приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)
1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную скорую медицинскую помощь:
1.4.1.	предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования;
1.4.2.	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
Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения	
2.1.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети "Интернет" следующей информации:
2.1.1.	об условиях оказания скорой медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания скорой медицинской помощи;
2.1.2.	о показателях доступности и качества скорой медицинской помощи.
Раздел 3. Дефекты медицинской помощи/нарушения	

при оказании медицинской помощи	
3.1.	Доказанные в установленном порядке:
3.1.1.	нарушение врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц);
3.1.2.	разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, установленное по обращению застрахованного лица путем проведения административного расследования администрацией медицинской организации или мер, принятых компетентными органами;
3.1.3.	несоблюдение врачебной тайны, в том числе конфиденциальности персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, установленное компетентными органами по обращению застрахованного лица.
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи:
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;
3.2.2.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);
3.2.3.	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий:
3.3.1.	приведших к удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица;
3.3.2.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).
3.4.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;
3.4.2.	приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного

	лица от лечения, оформленного в установленном порядке);
3.4.3.	приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).
3.5.	Повторное обоснованное обращение застрахованного лица за оказанием скорой медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 24 часов.
3.6.	Действие или бездействие при оказании скорой медицинской помощи, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания).
3.7.	Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств - синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приведшее к удорожанию стоимости лечения.
3.8.	Наличие расхождений диагноза основного заболевания (травмы) скорой медицинской помощи и клинического диагноза, установленного в приемном отделении медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь на госпитальном этапе.
Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации	
4.1.	Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу скорой медицинской помощи, без объективных причин.
4.2.	Дефекты оформления медицинской документации, препятствующие проведению медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления скорой медицинской помощи).
4.3.	Наличие признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление, с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и/или лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).
4.4.	Несоответствие данных медицинской документации данным счета и реестра счетов на оплату скорой медицинской помощи, в том числе:
4.4.1.	включение в счет и реестр счетов случаев, не подтвержденных медицинской документацией;
4.4.2.	несоответствие сроков лечения, согласно медицинской документации, срокам, указанным в реестре счета;
4.4.3.	несоответствие диагноза, согласно первичной медицинской документации, застрахованного лица диагнозу, указанному в реестре счета.
Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов	
5.1.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:

5.1.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;
5.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);
5.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты;
5.1.7.	несоответствие кода услуги диагнозу, полу, возрасту, профилю отделения
5.2.	Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации:
5.2.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;
5.2.2.	введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса ОМС, адресе и т.д.);
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившего полис ОМС на территории другого субъекта Российской Федерации;
5.2.4.	включение в реестры счетов случаев оказания скорой медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории Российской Федерации.
5.3.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь.
5.4.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.
5.5.	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи.
5.5.1.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);
5.5.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре счетов.