Приложение

к соглашению

о порядке взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования

Республики Карелия при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

(в ред. Дополнительного соглашения № 8 от 29.09.2020г.)

Порядок взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования Республики Карелия при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

**Оглавление**

|  |  |
| --- | --- |
| I. Законодательные и нормативные документы в системе ОМС, регламентирующие Порядок взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования Республики Карелия при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в части реализации Тарифного соглашения на 2020 год. | 3 |
| II. Перечень используемых терминов | 5 |
| III.Общие положения | 6 |
| IV. Планирование и корректировка планов мероприятий по КОСКУ | 9 |
| V. Медико-экономический контроль | 14 |
| VI. Медико-экономическая экспертиза | 20 |
| VII. Экспертиза качества медицинской помощи | 26 |
| VIII.Порядок осуществления ГУ ТФОМС РК контроля за деятельностью страховых медицинских организаций | 39 |
| IX.Информационное взаимодействие субъектов при проведении КОСКУ | 42 |
| X. Обжалование медицинской организацией заключения страховой медицинской организации по результатам КОСКУ | 44 |

**I. Законодательные и нормативные акты в системе ОМС, регламентирующие Порядок взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования Республики Карелия при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию**

**в части реализации Тарифного соглашения на 2020 год.**

1.Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ«Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

2.Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации  от 28.02.2019  № 108н«Об утверждении правил обязательного медицинского страхования» (Зарегистрировано в Минюсте России 17.05.2019 № 54643).

4. Приказ Министерства здравоохранения  Российской Федерации  от 10.05.2017  № 203н«Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (Зарегистрировано в Минюсте России 17.05.2017 №46740).

5.ПриказМинистерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28.06.2013, регистрационный № 28924), с изменением, внесенным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17.07.2019 № 538н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 19.08.2019, регистрационный № 55665).

6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.06.2013 № 354н «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий» (Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 16.12.2013, регистрационный № 30612).

7.Приказ ФФОМС от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (Зарегистрировано в Минюсте России 18.06.2019 № 54950).

8. Приказ ФФОМС от 13.12.2011 № 230 «Об утверждении порядка ведения территориального реестра экспертов качества медицинской помощи территориальным фондом обязательного медицинского страхования и размещения его на официальном сайте территориального фонда обязательного медицинского страхования в сети «Интернет»» (Зарегистрировано в Минюсте России 01.02.2012 № 23086).

9. ФФОМС «Методические рекомендации по организации и проведению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной пациентам с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания».

10. Порядки, стандарты и методические рекомендации оказания медицинской помощи.

**II. Перечень используемых терминов**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Сокращение | Определение |
| 1. | ОМС | обязательное медицинское страхование |
| 2. | ДС | дневной стационар |
| 3. | ДУ | диспансерный учет |
| 4. | ЗНО | злокачественное новообразование |
| 5. | КСГ | клинико-статистическая группа заболеваний |
| 6. | КС | круглосуточный стационар |
| 7. | ЛТ ЗНО | лекарственная терапия злокачественных новообразований |
| 8. | ЛТ | лекарственная терапия |
| 9. | МД ЭКМП | мультидисциплинарная экспертиза качества медицинской помощи |
| 10. | МО | медицинская организация |
| 11. | МП | медицинская помощь |
| 12. | МЭК | медико-экономический контроль |
| 13. | МЭЭ | медико-экономическая экспертиза |
| 14. | ЭКМП | экспертиза качества медицинской помощи |
| 15. | реМЭЭ | реэкспертиза медико-экономическая |
| 16. | реЭКМП | реэкспертиза качества медицинской помощи |
| 17. | ПАВ | патологоанатомическое вскрытие |
| 18. | ПАИ | патологоанатомическое исследование |
| 19. | ПОК | первичный онкологический кабинет |
| 20. | ПМД | первичная медицинская документация |
| 21. | СМО | страховая медицинская организация |
| 22. | ТС | Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Республики Карелия на 2020 год |
| 23. | ТП ОМС | Территориальная программа обязательного медицинского страхования |

**III. Общие положения**

1. Настоящий Порядок определяет правила взаимодействия страховых медицинских организаций (далее – СМО), медицинских организаций (далее – МО) и ГУ ТФОМС РК при организации и проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в объеме и на условиях, которые установлены территориальной программой обязательного медицинского страхования и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - КОСКУ).

2. К КОСКУ относятся мероприятия по проверке соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи объему и условиям, которые установлены территориальной программой обязательного медицинского страхования и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

3. Объектом КОСКУ является организация и оказание медицинской помощи застрахованному лицу по обязательному медицинскому страхованию.

4. Субъектами КОСКУ являются ГУ ТФОМС РК, СМО, МО, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

5. Цели КОСКУ:

1) обеспечение бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи в объеме и на условиях, которые установлены территориальной программой обязательного медицинского страхования и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

2) защита прав застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, с учетом результатов опросов застрахованных лиц о качестве и доступности медицинской помощи;

3) предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи, являющихся результатом:

1. несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья застрахованного лица при наступлении страхового случая, с учетом степени поражения органов и (или) систем организма либо нарушений их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением;
2. невыполнения, несвоевременного или ненадлежащего выполнения необходимых пациенту профилактических, диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи;
3. 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~~;~~

4) проверка исполнения МО обязательств по оказанию необходимой медицинской помощи застрахованному лицу в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и СМО обязательств по оплате медицинской помощи, оказанной в соответствии с указанной программой;

5) оптимизация расходов, связанных с оплатой медицинской помощи при наступлении страхового случая, и снижение страховых рисков в обязательном медицинском страховании.

6. ГУ ТФОМС РК осуществляет координацию взаимодействия субъектов КОСКУ на территории Республики Карелия, проводит организационно-методическую работу, обеспечивающую функционирование контроля и защиту прав застрахованных лиц, согласовывает планы деятельности СМО в части организации и проведения КОСКУ, в том числе планы проверок СМО медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по договорам на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, с учетом результатов анализа обращений застрахованных лиц в СМО и ГУ ТФОМС РК, опросов об удовлетворенности застрахованных лиц оказанной медицинской помощью.

7. Планирование и корректировка планов КОСКУ осуществляется ГУ ТФОМС РК и СМО в соответствии с требованиями Приказа ФФОМС от 28.02.2019 года № 36 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее – Приказ ФФОМС № 36), а также на основании действующего порядка.

8. КОСКУ осуществляется путем проведения:

1)медико-экономического контроля,

2)медико-экономической экспертизы,

3)экспертизы качества медицинской помощи,

4)повторного медико-экономического контроля СМО,

5)повторной медико-экономической экспертизы СМО

6)повторной экспертизы качества медицинской помощи СМО

9.Проведение повторного МЭЭ и ЭКМП осуществляется ГУ ТФОМС РК и/или по поручению ГУ ТФОМС РК в объеме не менее утвержденного годового плана

10. В целях обеспечения КОСКУ оказанной застрахованному лицу медицинской помощи по профилю «онкология» СМО посредством информационного ресурса ГУ ТФОМС РК 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.

11. В целях проведения очной медико-экономической экспертизы медицинской помощи оказанной с применением телемедицинских рекомендаций НМИЦ СМО посредством представления МО данных о проведенных телемедицинских консультациях в информационный ресурс ГУ ТФОМС РК или посредством предоставления МО данных о проведенных телемедицинских консультациях непосредственно в СМО по защищенному каналу связи осуществляет мониторинг случаев рекомендаций НМИЦ и проведение очной экспертизы в сроки установленные действующим законодательством.

12. Результаты КОСКУ в соответствии Приложением № 4 к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Республики Карелия «Размер неоплаты или неполной оплаты на оказание МП и уплаты МО штрафов за дефекты МП» (далее - перечень оснований для отказа в оплате) являются основанием для:

1) неоплаты или уменьшения оплаты медицинской помощи;

2) уплаты МО штрафов в зависимости от вида выявленных нарушений при оказании медицинской помощи и условий их оказания (срок уплаты штрафа исчисляется с даты направления Решения СМО в медицинскую организацию – в течение 30 рабочих дней).

13. При проведении КОСКУ применяются положения ТС, в том числе расчет размера санкции в соответствии с кодом дефекта из Перечня оснований для отказа в оплате, действующего (утвержденного) на дату проведения контрольно-экспертных мероприятий.

14. При проведении МЭК, МЭЭ и ЭКМП, медицинской помощи оказанной в амбулаторных условиях и / или скорой медицинской помощи, оплаченной по подушевому нормативу финансирования, а также расчет сумм, не подлежащих оплате (уменьшения оплаты, возмещения), производится в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате, при этом размер стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи определяется в соответствии с тарифами на оплату амбулаторной медицинской помощи и/или тарифами на оплату скорой медицинской помощи утвержденными для МО в которой была оказана медицинская помощь.

15. При проведении МЭК, МЭЭ и ЭКМП медицинской помощи оплаченной по всем видам и условиям оказания по подушевому нормативу финансирования с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) расчет сумм, не подлежащих оплате (уменьшения оплаты, возмещения), производится в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате, при этом размер стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи определяется в соответствии с тарифами на оплату амбулаторной медицинской помощи, скорой медицинской помощи, стационарной медицинской помощи и медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара.

16. Факт оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях (врачебные посещения и посещения к среднему медицинскому персоналу), стационарных условиях (круглосуточных и дневных стационаров) и условиях скорой медицинской помощи в обязательном порядке фиксируются в первичной медицинской документации (включая жалобы, анамнез, назначение лечения, диспансерное наблюдение, в том числе дистанционным способом, записи динамического наблюдения, постановка диагноза и другие записи на основании наблюдения за

пациентом, рекомендации по лечению заболевания и его профилактике, выписные (переводные) эпикризы, данные исследований - лабораторные, функциональные, рентгенологические, эндоскопические и т.д.) за подписью врача или среднего медицинского персонала, оказавшего медицинскую помощь.

17. Отсутствие в первичной медицинской документации записи, подтверждающей оказание медицинской помощи, является основанием для отказа в оплате затрат на оказание медицинской помощи в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате.

18. МО, в том числе территориально находящиеся за пределами Республики Карелия, включенные в Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия, при проведении МЭЭ и ЭКМП в течение 5 рабочих дней после получения соответствующего запроса (уведомления) по форме согласно Приложению №1 настоящего Порядка, предоставляют в СМО и ГУ ТФОМС РК медицинскую учетно-отчетную и прочую первичную медицинскую документацию (в том числе в электронном виде по защищенному сертифицированными средствами защиты информации каналу связи с применением квалифицированной электронной подписи), а так же результаты внутреннего и ведомственного (при наличии) контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

19. Не предоставление ПМД в течение 10 рабочих дней после получения соответствующего запроса (уведомления) ГУ ТФОМС РК и СМО является основанием для отказа в оплате (уменьшения оплаты) затрат на оказание медицинской помощи в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате и применения штрафных санкций в размере 100% подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного на дату проведения КОСКУ в зависимости от условий оказания медицинской помощи.

20. МО не вправе препятствовать доступу специалистов-экспертов и экспертов качества медицинской помощи СМО и /или ГУ ТФОМС РК к материалам, необходимым для проведения МЭЭ и ЭКМП, в том числе повторных экспертиз, и обязана предоставлять ПМД СМО и/или ГУ ТФОМС РК в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию после получения соответствующего запроса.

21. В случае получения запроса о предоставлении ПМД в адрес СМО и/или ГУ ТФОМС РК медицинская организация направляет ПМД с описью документов.

22.После завершения МЭЭ и ЭКМП (в том числе повторных) СМО и /или ГУ ТФОМС РК возвращает ПМД в МО в соответствии с описью в течение 5 рабочих дней одновременно с актами экспертиз.

23. Организация ГУ ТФОМС РК КОСКУ при осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования (далее - межтерриториальные расчеты), осуществляется в соответствии с разделом X «Порядок осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации» приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019г. №108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

**IV. Планирование и корректировка планов мероприятий по КОСКУ.**

24. Первоначальное формирование помесячного Плана КОСКУ в разрезе видов экспертиз (в разрезе плановых (в том числе тематических), целевых экспертиз), условий оказания медицинской помощи и медицинских организаций (далее - План КОСКУ СМО) осуществляется СМО на основании фактических объемов медицинской помощи, оказанной за предыдущий период. Для МО, впервые или вновь принятых в реестр медицинских организаций, осуществляющих свою деятельность в системе ОМС Республики Карелия, планирование осуществляется на основании объемов медицинской помощи, утвержденных Комиссией по ТП ОМС на текущий год.

25. Дальнейшее формирование корректировок Плана КОСКУ СМО осуществляется с учетом динамики заболеваемости, демографических характеристик и численности страхового поля, кадровой укомплектованности МО, а также утвержденных Комиссией по разработке ТПОМС плановых заданий, и прочих факторов определяющих потребность в объемах медицинской помощи.

26. План КОСКУ СМО формируется из двух частей - плановые (в том числе тематические) и целевые (в том числе мультидисциплинарные целевые) экспертизы медицинской помощи.

27. Расчет минимального объема плановых (в том числе тематических) экспертиз регламентирован положениями Приказа ФФОМС № 36 и определяется в процентном соотношении от числа принятых от данной МО к оплате реестров-счетов по принятым к оплате случаям медицинской помощи.

28. Объем ежемесячных МЭЭ от числа законченных случаев лечения определяется планом проверок СМО медицинских организаций, согласованным ГУ ТФОМС РК, и составляет **не менее**:

1) при оказании медицинской помощи стационарно - 8%;

2) при оказании медицинской помощи в дневном стационаре - 8%;

3) при оказании медицинской помощи амбулаторно - 0,8%;

4) при оказании медицинской помощи вне медицинской организации - 3%.

29. Объем ежемесячных экспертиз качества медицинской помощи определяется планом проверок СМО медицинских организаций, согласованным ГУ ТФОМС РК, и составляет **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%.

30. При планировании объема целевых (в том числе мультидисциплинарных целевых) экспертиз учитывается необходимость проведения целевых (мультидисциплинарных) МЭЭ и ЭКМП в 100% случаев, регламентированных действующим законодательством, а также фактический объем выполненных СМО экспертиз за предыдущий период.

31. В случае если количество поданных на оплату случаев оказания медицинской помощи по условиям оказания (амбулаторно, стационарно, вне медицинской организации) в отчетном месяце увеличилось на десять процентов по сравнению с предыдущим месяцем и (или) аналогичным периодом предыдущего календарного года, территориальный фонд поручает страховой медицинской организации проведение тематической экспертизы качества медицинской помощи по соответствующей нозологической форме в медицинской организации.

32. При планировании экспертиз оказании медицинской помощи по рекомендациям медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении телемедицинских консультаций/консилиумов учитывается, что согласно действующему законодательству экспертиза качества медицинской помощи проводится ежемесячно в объеме не менее семидесяти процентов от числа принятых к оплате случаев оказания медицинской помощи с применением указанных в настоящем пункте телемедицинских консультаций/консилиумов.

33. СМО ежегодно, в срок до 25 января текущего года, обеспечивает формирование и предоставление в ГУ ТФОМС РК в электронном виде и на бумажном носителе проекта помесячного Плана КОСКУ СМО, на основании фактических объемов медицинской помощи, принятых к оплате за предыдущий год, заверенных подписью и печатью руководителя СМО по форме утвержденной согласно Приложению №2 к настоящему Порядку.

34. ГУ ТФОМС РК осуществляет контроль достоверности проектов Планов КОСКУ СМО на:

1) соответствие фактическим объемам медицинской помощи оказанной за предыдущий отчетный период (с учетом плановых объемов медицинской помощи, утвержденных Решением Комиссии ТП ОМС на текущий год);

2) соответствие расчетных показателей по количеству запланированных экспертиз требованиям Приказа ФФОМС № 36 от 28.02.2019 г.;

35. При планировании и отборе случаев оказания медицинской помощи для МЭЭ и ЭКМП в разрезе видов экспертиз предусмотренных Приложением № 4 к настоящему Порядку (за исключением перечня тематических экспертиз утверждаемых на год приложением № 5) к настоящему порядку СМО руководствуется принципом равно пропорционального отбора. В целях максимально возможного охвата МЭЭ и ЭКМП всех потенциально дефектоемких страховых случаев не допускается диспропорция при планировании и выполнении объемов экспертиз за счет одной или нескольких видов экспертиз если иное не предусмотрено действующими нормативными актами и/или зависит от фактически сложившегося низкого объема потенциально дефектоемких страховых случаев.

36. Выделение приоритетных критериев отбора случаев для тематических экспертиз осуществляется ГУ ТФОМС РК на основании перечня утвержденного Приложением № 5 к настоящему Порядку а также с учетом проводимого медико-экономического анализа и решений Комиссии по разработке ТПОМС РК.

37. ГУ ТФОМС РК ежегодно в срок до 20 января:

1) проводит анализ выполнения за предыдущий год объемов медицинской помощи, объемов экспертиз;

2) выявляет приоритетные направления по контролю роста заболеваемости и смертности;

3) выявляет приоритетные направления экспертиз, по которым был зафиксирован рост нарушений в динамике;

4) по итогам анализа определяет актуальные направления для проведения тематических экспертиз согласно требованиям действующего законодательства и устанавливает минимальный процент проведения экспертиз по приоритетным направлениям;

5) потенциально дефектоемкие виды медицинской помощи определяются как приоритетные и включаются в Перечень критериев отбора страховых случаев для проведения обязательных тематических экспертиз и доводятся до СМО не позднее 20 января текущего отчетного периода.

38. ГУ ТФОМС РК в срок до 30 января обеспечивает согласование и утверждение Плана КОСКУ СМО.

39. СМО ежеквартально, в срок до 20 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, в обязательном порядке обеспечивает формирование и предоставление в ГУ ТФОМС РК в электронном виде и на бумажном носителе проекта корректированного Плана КОСКУ СМО, заверенного подписью и печатью руководителя СМО.

40. Предложения по корректировке Планов КОСКУ СМО оформляются в виде ходатайства на корректировку и направляются СМО в ГУ ТФОМС РК, с обоснованием, в котором подробно указывается причины корректировки, за подписью руководителя в электронном и бумажном носителе. Корректировка формируется на бумажном носителе и в виде электронных таблиц по форме, утвержденной согласно Приложению № 3 к настоящему Порядку.

41. Обоснование корректировки Плана КОСКУ СМО в обязательном порядке включает:

1) анализ фактического выполнения МО объемов МП с соблюдением требований Приказа ФФОМС № 36 по процентному соотношению от числа принятых к оплате случаев;

2) анализ фактического выполнения и структуры проведенных СМО экспертиз;

3) анализ динамики количества поданных на оплату случаев оказания медицинской помощи по условиям оказания (амбулаторно, стационарно, вне медицинской организации) в отчетном месяце в сравнении с предыдущим месяцем и (или) аналогичным периодом предыдущего календарного года;

4) анализ направлений тематических экспертиз с учетом Решений Комиссии по ТП ОМС и ГУ ТФОМС РК (на основании мониторинга заболеваемости, распространенности и смертности по отдельным нозологическим формам, изменения способов оплаты), Координационного совета по организации защиты прав застрахованных лиц при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства в сфере ОМС в Республике Карелия;

5) рост жалоб застрахованных лиц или их представителей на доступность и качество медицинской помощи в МО;

6) поступление запросов сторонних организаций о проведении сверхплановых экспертиз.

42. В рамках проводимой корректировки СМО не допускается необоснованное перераспределение плановых объемов экспертиз с перераспределением утвержденных объемов экспертиз на последующие периоды.

43. ГУ ТФОМС РК ежеквартально, в срок до 25 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, согласовывает или отклоняет проект корректированного Плана КОСКУ СМО.

44. В случае отклонения ГУ ТФОМС РК представленной корректировки, СМО в течение 2-х дней обеспечивают устранение замечаний ГУ ТФОМС РК.

45. По итогам утвержденного Плана КОСКУ СМО, ГУ ТФОМС РК в срок до 30 января утверждает План по проведению повторных МЭЭ и повторных ЭКМП (далее – реэкспертизы).

46. Количество случаев, подвергаемых реэкспертизе составляет от числа первичных медико-экономических экспертиз не менее:

1. 8% - при оказании помощи стационарно;
2. 8% - при оказании помощи в условиях дневного стационара;
3. 0,8% - при оказании медицинской помощи амбулаторно;
4. 3% - при оказании медицинской помощи вне медицинской организации;

47. Количество случаев, подвергаемых реэкспертизе от числа первичных экспертиз качества медицинской помощи не менее:

1. 5% - при оказании медицинской помощи стационарно;
2. 3% - при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара;
3. 0,5% - при оказании медицинской помощи амбулаторно;
4. 1,5% - при оказании медицинской помощи вне медицинской организации.

48. По итогам корректировки плана КОСКУ СМО ГУ ТФОМС РК в течение 3х дней с момента внесения изменений проводит внесение изменений и утверждение корректированного плана реэкспертиз.

49. В течение календарного года реэкспертизой ГУ ТФОМС РК должны быть охвачены все случаи оказания медицинской помощи подвергшиеся экспертизе СМО в объеме согласно утвержденному плану реэкспертиз.

50. Согласованные ГУ ТФОМС РК плановые мероприятия по проведению КОСКУ СМО на год, в том числе в разрезе видов экспертиз, условий оказания медицинской помощи и МО, размещаются в сети Интернет на закрытой части сайта ГУ ТФОМС РК в течение 3х дней с момента утверждения.

51. СМО ежемесячно в срок до 5 числа месяца следующего за отчетным месяцем представляют в ГУ ТФОМС РК в электронном виде файлы актов КОСКУ в соответствии с Приложением № 14.

СМО ежемесячно, в срок до 7 числа месяца, следующего за отчетным, обеспечивает формирование и предоставление в ГУ ТФОМС РК сводного отчета о выполнении плана мероприятий по КОСКУ по видам экспертиз, условий оказания МП (далее - Сводный отчет), Акта приёма-передачи основного файла акта КОСКУ в электронном виде и на бумажном носителе, заверенных подписью и печатью руководителя СМО по форме утвержденной согласно Приложениям № 6, 7 к настоящему Порядку.

52. Учетными документами являются реестры актов медико-экономического контроля ([Приложение](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72171640/#114) № 9 к настоящему Порядку), реестры актов медико-экономической экспертизы ([Приложение](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72171640/#115) № 10 к настоящему Порядку) и акты экспертизы качества медицинской помощи (Приложение № 16 к настоящему Порядку)

53. ГУ ТФОМС РК при проведении проверок СМО, анализирует помесячное исполнение Плана КОСКУ СМО. В случае невыполнения объемов, предусмотренных Планом КОСКУ СМО и, по итогам квартала и по итогам года ГУ ТФОМС РК применяет к СМО санкции согласно действующим договорным отношениям.

54. При немотивированном и/или несвоевременном предоставлении проекта корректировки, не предоставлении основания при отсутствии проекта корректировки, а так же при непредставлении или не своевременном, некорректном предоставлении отчета о выполнении запланированных объемов экспертиз ТФОМС в течение 3-х дней формирует и направляет официальное обращение в головную организацию СМО по данному вопросу.

**V. Медико-экономический контроль**

55. Медико-экономический контроль (в том числе повторный ) (далее - МЭК) - установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией [реестров](consultantplus://offline/ref=5162BA95C0C903253722E8239927BEC65CCCB1402BBF6248795ABE3940585AACCE26266EE84D0AAC03X8K) счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, территориальной программе обязательного медицинского страхования, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.

56. МЭК осуществляется специалистами СМО (в случае межтерриториальных расчетов специалистами ГУ ТФОМС РК) в течение трех рабочих дней после представления медицинскими организациями реестров счетов на оплату медицинской помощи в сроки, установленные предусмотренным статьей 39 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный Закон № 326-ФЗ) договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

57. МЭК делится на предварительный, первичный и заключительный медико-экономический контроль.

58. При МЭК проводится контроль оказанной и поданной на оплату за счет средств ОМС медицинской помощи по каждому страховому случаю в целях:

1) проверки реестров счетов на соответствие установленному порядку информационного взаимодействия в сфере ОМС;

2) идентификации лица, застрахованного конкретной СМО;

3) проверки соответствия оказанной медицинской помощи: территориальной программе ОМС; условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС; действующей лицензии МО на осуществление медицинской деятельности;

4) проверки обоснованности применения тарифов на оплату медицинской помощи за счет средств ОМС, их соответствие способам оплаты медицинской помощи, установленным тарифным соглашением, предусмотренным статьей 30 Федерального закона № 326-ФЗ, и договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС;

5) установления отсутствия превышения МО объемов медицинской помощи, подлежащих оплате за счет средств ОМС, установленных решением комиссии по разработке ТП ОМС (далее – комиссия ТП ОМС), созданной в соответствии с частью 9 статьи 36 Федерального закона № 326-ФЗ (за исключением объемов медицинской помощи, оплачиваемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, и за исключением объемов и финансовогообеспечения амбулаторной и скорой медицинской помощи, оказываемой гражданам, прикрепленных к иным МО) (вступает в действие с 01.01.2019г.);

6) выявления случаев не включения или несвоевременного включения в группу диспансерного наблюдения застрахованных лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение, а также наблюдения установленной периодичности осмотров граждан, включенных в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований.

59. МЭК реестров счетов от принимаемых от МО проводится в 3 этапа:

1) Этап предварительного МЭК. Еженедельно СМО проводят обязательный предварительный медико–экономический контроль предоставленных МО Реестров счетов одномоментно по всем МО. В случае отказа СМО в проведении еженедельного предварительного МЭК, МО обязаны в течение 1 рабочего дня, следующего за днем отказа, уведомить письменно ТФОМС о факте отказа;

2) Этап первичного МЭК. СМО (в случае межтерриториальных расчетов ГУ ТФОМС РК) до третьего календарного дня месяца следующего за отчетным осуществляют их МЭК и направляют в МО Реестры счетов с указанием кода причин отказа в оплате медицинской помощи. МО в течение **четвертого календарного дня месяца следующего за отчетным** исправляют допущенные ошибки и возвращают Реестры счетов в СМО в электронном виде;

3) Этап заключительного МЭК. СМО (в случае межтерриториальных расчетов ГУ ТФОМС РК) в течение **пятого календарного дня месяца следующего за отчетным** осуществляют окончательный медико-экономический контроль Реестров счетов с оформлением актов;

60. При проведении МЭК СМО руководствуется принципом одномоментного охвата форматно-логическим и медико-экономическим контролем всех полей реестра счетов, согласно которому на этапе проверки выявляются все возможные ошибки в представленных реестрах счетов (проведение двухэтапного контроля, при котором на первом этапе проводится форматно-логический контроль с последующим направлением в МО ошибок, после исправления которых проводится второй этап медико-экономического контроля, на котором выявляются оставшиеся ошибки, недопустимо).

61. Перечень выявленных на 1 и 2 этапе МЭК ошибок, которые не подлежат внесению в реестры счетов на заключительный МЭК включает:

1) виды медицинской помощи, не входящих в Территориальную программу ОМС (код диагноза по МКБ -10 не входит в Территориальную программу ОМС; код специальности врача не оплачивается по ОМС);

2) дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;

3) позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);

4) случаи оказания медицинской помощи, подлежащие оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования);

5) несколько случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения;

6) амбулаторные посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи);

7) случаи пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других МО);

8) случаи оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;

9) случаи оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата по профилю оказания медицинской помощи.

62. Выявленные при заключительном МЭК в реестрах счетов нарушения отражаются в актах медико-экономического контроля по форме Приложения № 11 настоящего Порядка с указанием суммы уменьшения счета по каждой записи реестра, содержащей сведения о нарушениях при оказании медицинской помощи.

63. После проведения ГУ ТФОМС РК заключительного МЭК по реестрам счетов представленных МО для межтерриториальных расчетов, МО в срок до 5 числа месяца следующего за отчетным направляют в ГУ ТФОМС РК по защищенному каналу связи отсканированные копии согласованных актов МЭК.

64. В целях снижения удержаний по МЭК и повышения достоверности предоставляемых в реестрах МО данных СМО осуществляет еженедельный мониторинг МЭК согласно утвержденной договором о финансовом обеспечении ОМС формой.

65. При повторном медико-экономическом контроле проводится контроль всех случаев оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в целях:

1) проверки реестров счетов на соответствие установленному порядку информационного обмена в сфере обязательного медицинского страхования;

2) идентификации лица, застрахованного конкретной страховой медицинской организацией (плательщика);

3) проверки соответствия оказанной медицинской помощи: а) территориальной программе обязательного медицинского страхования; б) условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию; в) действующей лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;

4) проверки обоснованности применения тарифов на медицинские услуги, расчета их стоимости в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

5) установления отсутствия превышения медицинской организацией объемов медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, подлежащих оплате за счет средств обязательного медицинского страхования.

66. Повторный МЭК проводится специалистами ГУ ТФОМС РК ежемесячно, в течение десяти рабочих дней с момента подписания СМО и ТФОМС реестра персонифицированных счетов (приложение №4 к форме №4 «Реестр персонифицированных счетов» Договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования) по критериям, утвержденным действующим Порядком (Приложение №12 настоящего Порядка).

67. ГУ ТФОМС РК в письменном виде уведомляет страховую медицинскую организацию о проведении повторного МЭК не позднее чем за 5 рабочих дней до даты его проведения.

68. Выявленные ГУ ТФОМС РК по результатам проведения повторного МЭК в реестрах счетов нарушения, не выявленные страховой медицинской организацией, отражаются в акте повторного медико-экономического контроля с указанием суммы уменьшения счета по каждой записи реестра, содержащей сведения о дефектах медицинской помощи и/или нарушениях при оказании медицинской помощи.

69. Акт повторного МЭК, в том числе в табличной форме, составляется по форме, утвержденной приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 36 от 28.02.2019 г. «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (Приложение № 11 к настоящему Порядку).

70. Результаты проведения повторного МЭК (акты повторного МЭК) направляются ГУ ТФОМС РК в двух экземплярах в страховую медицинскую организацию в срок не позднее 5 рабочих дней после окончания проверки.

71. Страховая медицинская организация обязана рассмотреть указанные акты в течение 20 рабочих дней с даты их получения.

72. Страховая медицинская организация в случае отсутствия согласия с результатами проведенного повторного МЭК направляет в ГУ ТФОМС РК подписанный акт с протоколом разногласий не позднее 10 рабочих дней с даты получения указанного акта.

73. ГУ ТФОМС РК в течение 30 рабочих дней с даты получения рассматривает акт с протоколом разногласий с привлечением заинтересованных сторон и принимает соответствующее решение.

74. Решение ГУ ТФОМС РК оформляется в виде письма, в котором излагаются мотивы и выводы об удовлетворении либо отклонении доводов, изложенных СМО в протоколе разногласий.

75. Решение ГУ ТФОМС РК, признающее правоту страховой медицинской организации, является основанием для отмены (изменения) решения о применении к СМО финансовых санкций по результатам проведения повторного МЭК.

76. За невыполнение условий договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страховании в части осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи при проведении СМО первичного МЭК, ГУ ТФОМС РК применяет к СМО следующие финансовые санкции:

1) за невыявление дефектов, соответствующих перечню оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи, установленному в [порядке](consultantplus://offline/ref=71E04EF700D2BB3D3A508A99D20C9608AA4E18C8A50C1AEAD3C15350EA589C59E3FB8D08CD1FF001tBR7M) организации контроля:

- уменьшение финансирования в размере 100% необоснованно оплаченной суммы,

- штраф в размере 10% от необоснованно оплаченной суммы;

2) за необоснованное снятие с медицинских организаций денежных средств по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования:

- штраф в размере 100% от суммы средств необоснованного применения к медицинским организациям штрафных санкций по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

76. Применение финансовых санкций к СМО оформляется в виде **претензии** по форме, предусмотренной пунктом 66Приказа ФФОМС № 36 от 28.02.2019 г., которая подписывается директором ГУ ТФОМС РК.

77. В претензии в обязательном порядке указываются следующие сведения о проведенном контроле за деятельностью страховой медицинской организации:

а) наименование комиссии территориального фонда,

б) дату (период) проверки страховой медицинской организации,

в) состав комиссии ГУ ТФОМС РК,

г) основание для проведения контроля,

д) факты ненадлежащего выполнения страховой медицинской организацией договорных обязательств по организации и проведению контроля с указанием актов повторного МЭК,

е) меры ответственности страховой медицинской организации за выявленные нарушения,

ж) приложения (копии актов повторного медико-экономического контроля, повторной медико-экономической экспертизы/ повторной экспертизы качества медицинской помощи).

78. Претензия направляется в СМО одновременно с актами повторного МЭК в течение 5 рабочих дней после окончания проверки.

79. Исполнение по претензии осуществляется в течение 30 рабочих дней с даты ее направления в страховую медицинскую организацию, о чем информируется ГУ ТФОМС РК.

80. В целях формирования единых подходов проведения МЭК Реестров-счетов на оплату медицинской помощи по ОМС СМО и ГУ ТФОМС РК, а так же минимизации финансовых потерь на этапе формирования реестров-счетов МО, в системе ОМС Республики Карелия применяются основные критерии МЭК согласно Приложению №12 к настоящему Порядку и федеральные справочники:

а) Q015 - Перечень технологических правил реализации ФЛК в ИС ведения персонифицированного учета сведений об оказанной медицинской помощи

б) Q016 - Перечень проверок автоматизированной поддержки МЭК в ИС ведения персонифицированного учета сведений об оказанной медицинской помощи (вступает в силу с 01.01.2020г.).

81. При проведении двух этапов МЭК СМО и ГУ ТФОМС РК обязаны применять все Основные критерии МЭК.

82. Дополнительные критерии МЭК разрабатываются и применяются СМО и ГУ ТФОМС РК в соответствии с условиями Тарифного соглашения и федеральной нормативно-правовой базой.

**VI. Медико-экономическая экспертиза**

83. Медико-экономическая экспертиза - установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации МО.

84. МЭЭ проводится специалистом-экспертом, являющимся врачом, имеющим стаж работы по врачебной специальности не менее пяти лет и прошедшим соответствующую подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

85. МЭЭ осуществляется в виде:

1. целевой медико-экономической экспертизы;
2. плановой медико-экономической экспертизы.

86. Целевая МЭЭ проводится во всех случаях при:

1) повторных обращений по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней - при оказании медицинской помощи амбулаторно, стационарно; в течение 24 часов от момента предшествующего вызова – при повторном вызове скорой медицинской помощи;

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

3) оказания медицинской помощи по профилю «онкология» с применением противоопухолевой терапии;

4) несвоевременной постановки на диспансерное наблюдение застрахованных лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение, а также наблюдения установленной периодичности осмотров граждан, включенных в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований;

5) госпитализации застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в плановой форме в стационаре (структурном подразделении стационара) другого профиля в соответствии с порядками оказания медицинской помощи (в целях настоящего Порядка далее – непрофильная госпитализация).

87. Целевая МЭЭ проводится в течение месяца с рабочего дня следующего за днем оформления акта медико-экономического контроля (Приложение 11 к настоящему Порядку).

88.Срок проведения целевой медико-экономической экспертизы по случаям, предусмотренным подпунктом 1 пункта 86 настоящего Порядка, исчисляется с рабочего дня, следующего за днем оформления акта МЭК, содержащего информацию о повторном обращении (госпитализации).

89. При формировании реестра страховых случаев, подлежащих целевой МЭЭ в части повторных обращений по поводу одного и того же заболевания в течение 30 дней при оказании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, могут учитываться следующие критерии:

1) оба обращения (первичное и повторное) имеют код причины «обращение по поводу заболевания (законченный случай)»;

2) оба обращения (первичное и повторное) имеют идентичный код диагноза заболевания по МКБ на уровне трехзначных рубрик (класс, подкласс, подгруппа или до 5 символов);

3) в обоих случаях (первичном и повторном) лечение оказано врачами одной специальности в одной и той же медицинской организации.

90. В данные реестра страховых случаев, подлежащих целевой МЭЭ при оказании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, не включаются:

1) случаи с кодами по МКБ-10 «Z00 – Z99.9» (факторы и поводы обращения);

2) случаи с повторными обращениями при заболеваниях, которые требуют постоянного динамического наблюдения и/или обусловлены кратностью лечебно-диагностических мероприятий, а именно: наблюдение во время беременности по профилю «акушерство и гинекология» - коды по МКБ10 «О» (все коды с подрубриками); случаи оказания амбулаторной помощи по специальности лечащего врача «радиология»; проведение гемодиализа или перитонеального диализа (диагноз хроническая почечная недостаточность, коды по МКБ-10 «N17 – N19» и код услуги в соответствии с Приложением «Тарифы на медицинские услуги» Тарифного соглашения случаи медицинской помощи по специальности «стоматология»; случаи лечения в травматологическом пункте.

91. Повторных обращений по поводу одного и того же заболевания в течение 30 дней – при повторной госпитализации могут учитываться следующие критерии:

1) оба законченных случая лечения (первичное и повторное) представлены к оплате по одной КСГ;

2) оба законченных случая лечения (первичное и повторное) имеют идентичный код диагноза заболевания по МКБ на уровне трехзначных рубрик (класс, подкласс, подгруппа или до 5 символов);

3) в обоих случаях (первичном и повторном) лечение оказано врачами одной специальности, в одного и того же профиля отделениях и в пределах одной медицинской организации.

92. В данные реестра страховых случаев, подлежащий целевой МЭЭ, не включаются объемы медицинской помощи оказанной в условиях дневного стационара с повторными обращениями при заболеваниях, которые требуют постоянного динамического наблюдения и/или обусловлены кратностью лечебно-диагностических мероприятий при: проведение гемодиализа или перитонеального диализа (диагноз хроническая почечная недостаточность, коды по МКБ -10 «N17 – N19» и код услуги в соответствии с Приложением № 11 к ТС); по КСГ ds36.004 («Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов»); случаи этапного лечения – операции на органе зрения; по КСГ ds24.001 (Системные поражения соединительной ткани, артропатии, спондилопатии, взрослые, профиль «ревматология»); по КСГ ds05.001 (Болезни крови, уровень 1, профиль «гематология»).

93. В данные реестра страховых случаев, подлежащий целевой МЭЭ, не включаются объемы медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара с повторными обращениями при заболеваниях, которые требуют постоянного динамического наблюдения и/или обусловлены кратностью лечебно-диагностических мероприятий при: по КСГ st05.001– st05.005 (профиль «гематология» за исключением диагнозов онкогематологического профиля); случаи этапного лечения – операции на органе зрения.

94. При проведении целевой МЭЭ по случаям повторного обращения (госпитализации) по поводу одного и того же заболевания установленные сроки исчисляются с момента предоставления к оплате счета, содержащего информацию о повторном обращении (госпитализации).

95. Проведение целевой МЭЭ в случае поступления жалоб застрахованных лиц или их представителей не зависит от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи.

96. При проведении плановой МЭЭ оцениваются:

1) характер, частота и причины нарушений прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в установленных договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию объеме, сроках, качестве и условиях;

2) объем оказанной медицинской организацией медицинской помощи и его соответствие установленному решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объему, подлежащему оплате за счет средств обязательного медицинского страхования;

3) частота и характер нарушений медицинской организацией, связанных с формированием реестров счетов;

4) соответствие оказанной застрахованному лицу медицинской помощи по профилю «онкология» клиническим рекомендациям, порядкам оказания медицинской помощи, стандартам медицинской помощи, в том числе своевременность проведения диагностических исследований и лечебных мероприятий;

5) наличие записей лечащего врача в медицинской документации о рекомендациях по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий медицинскими работниками федеральных государственных учреждений, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, участвующих в реализации федерального проекта «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий» национального проекта «Здравоохранение» (далее – национальные медицинские исследовательские центры).

Плановая медико-экономическая экспертиза осуществляется не позднее двух месяцев с рабочего дня, следующего за днем оформления акта медико-экономического контроля, за исключением случаев, предусмотренных подпунктом 5 пункта 96 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.

97. Плановая МЭЭ осуществляется в каждой медицинской организации (в том числе, территориально находящейся за пределами Республики Карелия, но включенной в Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия).

98. Плановая МЭЭ проводится по принятым к оплате случаям оказания застрахованному лицу медицинской помощи, отобранным:

1) методом случайной выборки;

2) по тематически однородной совокупности случаев (далее – плановая тематическая МЭЭ).

99. Плановая медико-экономическая экспертиза методом случайной выборки 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 и с учетом стандартов медицинской помощи, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в сроки, установленные указанными программами.

100. Плановая тематическая 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, продолжительность лечения, стоимость медицинских услуг) в каждой медицинской организации или группе медицинских организаций, предоставляющих медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию одного вида или в одних условиях, в пределах одного года с даты предоставления к оплате счетов и реестров счетов.

101. По итогам плановой или целевой МЭЭ СМО специалистом-экспертом составляется акт медико-экономической экспертизы в бумажном виде в двух экземплярах: один из которых передается в МО, другой - остается в СМО.

102. В случае выявления нарушений при оказании медицинской помощи в соответствии с приложением №8 Приказа ФФОМС №36 составляется акт медико-экономической экспертизы по форме согласно приложению 13 к настоящему Порядку.

103. 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 акт медико-экономической экспертизы (приложение 13 к настоящему Порядку), оформленный по пунктам 1 – 15 и 17 указанной формы, 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.

104. При выявлении отсутствия в медицинской документации предусмотренных подпунктом 5 пункта 96 настоящего Порядка сведений о рекомендациях медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров акт медико-экономической экспертизы, оформленный по пунктам 1 – 15 и 18 установленной формы (Приложение 13 к настоящему Порядку), дополнительно направляется в Министерство здравоохранения Российской Федерации для принятия мер по достижению цели федерального проекта «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий» национального проекта «Здравоохранение» в течение суток со дня выявления отсутствия в медицинской документации сведений о рекомендациях.

105. В случае отсутствия нарушений при оказании медицинской помощи в соответствии с приложением №8 Приказа ФФОМС №36 составляется акт медико-экономической экспертизы по форме согласно Приложению 13 к настоящему Порядку.

106. Акт МЭЭ в электронном виде оформляется по форме утвержденной в соответствии с Приложением №14 к настоящему Порядку.

107. Результаты МЭЭ являются основанием для проведения экспертизы качества медицинской помощи.

108. В отношении определенной совокупности случаев оказания медицинской помощи, отобранных по тематическим признакам в соответствии с Приложением №4 к настоящему Порядку и планом, согласованным ГУ ТФОМС РК, может проводиться плановая тематическая МЭЭ, для которой отбор случаев осуществляется в пределах одного года с даты предоставления счетов и реестров счетов к оплате.

109. При отборе случаев оказания медицинской помощи для тематических МЭЭ СМО руководствуется Перечнем критериев отбора страховых случаев для проведения обязательных тематических экспертиз медицинской помощи согласно Приложению №5 к настоящему Порядку в рамках планов КОСКУ, утвержденным ГУ ТФОМС РК.

110. При отборе страховых случаев на предмет необоснованной/непрофильной госпитализации СМО учитывают проведение экспертизы медицинской помощи, оказанной на предыдущем этапе (в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара, скорой медицинской помощи).

111. В отношении страховых случаев оказания медицинской помощи по профилю «онкология» СМО по результатам автоматизированного контроля, предусмотренного «Методическими рекомендациями по организации и проведению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной пациентам с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания», организуют проведение тематических МЭЭ и ЭКМП в целях:

1) выявления нарушений условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, пациентам со злокачественными новообразованиями, соблюдения маршрутизации оказания медицинской помощи пациентам со злокачественными новообразованиями;

2) своевременности диагностики онкологического заболевания, в том числе соблюдения сроков выполнения КТ, МРТ, ПЭТ в соответствие с территориальной программой обязательного медицинского страхования;

3) своевременность оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи с момента гистологической верификации опухоли или с момента установления предварительного диагноза заболевания состояния.

112. В рамках отбора случаев на ЭКМП по профилю «онкология» специалисту-эксперту рекомендуется оформлять «Протокол выполнения клинических рекомендаций» в соответствии с Приложением №15 к настоящему Порядку. «Протокол выполнения клинических рекомендаций» составляется в двух экземплярах. Один экземпляр является приложением к Акту МЭЭ, второй - передается эксперту качества медицинской помощи.

113. Основным критерием оценки при проведении автоматизированного контроля и подготовки «Протокола выполнения клинических рекомендаций» является соблюдение соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения).

114. В случае выявления признаков нарушения качества медицинской помощи по профилю «онкология», специалист-эксперт передает случай на ЭКМП для оценки на предмет:

1) соответствия выбранной схемы химиотерапии стадии заболевания, клиническим рекомендациям (стандартизированной схеме лечения);

2) соответствия расчета разовой дозы введенного химиопрепарата расчету дозы по формуле с учетом массы тела или площади поверхности тела;

3) соблюдения «дозо-интервальных требований» при применении лекарственной и лучевой терапии;

4) полноты проведения диагностических исследований, направленных на своевременность диагностики осложнений лекарственной терапии (химиотерапии);

5) своевременности и полноты проведения пациентам поддерживающей терапии и терапии, направленной на профилактику осложнений лекарственной (химиотерапии) (в том числе, тошноты и рвоты, тромбоэмболических осложнений, кардиоваскулярной токсичности, гепатотоксичности, анемии и лейкопении, индуцированных противоопухолевой химиотерапией);

6) отсутствия в медицинской документации определения прогноза пациента (в том числе в рамках консилиума и планируемого результата оказания медицинской помощи (в том числе с учетом изменения клинической группы).

115. СМО организует проведение МЭЭ в 100% страховых случаев оказания медицинской помощи по профилю «онкология» с применением ЛТ в ДС и КС, в том числе на предмет соблюдения своевременности начала, окончания и возобновления очередного цикла введения химиопрепаратов. При несоблюдении этих требований и отсутствии противопоказаний к проведению ЛТ или отказа пациента от проведения ЛТ данные случаи подлежат ЭКМП для решения вопроса о причинах возникновения нарушений.

116. Все случаи оказания медицинской помощи по профилю «онкология», сопровождающиеся отказом пациента от проведения ЛТ или при наличии у пациента противопоказаний к проведению ЛТ должны подвергаться экспертной оценке с целью контроля степени достижения запланированного результата при проведении химиотерапии.

**VII. Экспертиза качества медицинской помощи**

117. 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.

118. ЭКМП проводится путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям, стандартам медицинской помощи.

119. ЭКПМ проводится на основании критериев оценки качества медицинской помощи, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 мая 2017г., регистрационный № 46740) (далее – Приказ МЗ РФ №203н).

120. ЭКМП проводится экспертом качества медицинской помощи, являющимся врачом-специалистом, имеющим высшее профессиональное образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее десяти лет и прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования, из числа экспертов качества медицинской помощи, включенных в территориальные реестры экспертов качества медицинской помощи.

121. Экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи по специальности в соответствии со свидетельством об аккредитации специалиста или сертификатом специалиста.

122. Экспертиза качества медицинской помощи проводится несколькими экспертами качества медицинской помощи разных специальностей, в случаях, предусмотренных пунктами 171 и 172 настоящего Порядка.

123. ЭКМП осуществляется в виде:

1) целевой экспертизы качества медицинской помощи;

2) плановой экспертизы качества медицинской помощи.

124. Целевая ЭКМП проводится в течение месяца с рабочего дня, следующего за днем оформления акта МЭК (Приложение №9 к настоящему Порядку) за исключением случаев, установленных законодательством Российской Федерации, и случаев, указанных в подпункте 4 пункта 127 настоящего Порядка.

Сроки проведения целевой экспертизы качества медицинской помощи исчисляются в случаях, предусмотренных:

1) подпунктом 2 пункта 127 настоящего Порядка, со дня получения в период проведения целевой экспертизы качества медицинской помощи результатов патологоанатомического вскрытия (при его проведении);

2) подпунктом 3 пункта 127 настоящего Порядка, со дня получения в период проведения целевой экспертизы качества медицинской помощи санитарно-эпидемиологических заключений органов и учреждений, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор при внутрибольничном инфицировании (при проведении санитарно-эпидемиологической экспертизы).

Сроки проведения целевой экспертизы качества медицинской помощи в случаях, предусмотренных:

1) подпунктом 1 пункта 127 настоящего Порядка, исчисляются со дня регистрации обращения застрахованного лица и могут быть продлены на срок не более 30 календарных дней;

2) подпунктами 6 и 7 пункта 127 настоящего Порядка, не превышают шести месяцев с рабочего дня, следующего за днем оформления акта медико-экономической экспертизы (Приложения №13 к настоящему Порядку).

125. При выявлении СМО (по результатам жалобы, при организации экспертизы качества медицинской помощи, по поступившей информации от органов прокурорского надзора, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, иных государственных органов и организаций, юридических лиц и индивидуальных предпринимателей) случаев летальных исходов, внутрибольничного инфицирования и осложнений заболеваний, первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей целевая ЭКМП проводится не зависимо от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи.

126. Мероприятия по организации экспертизы качества медицинской помощи, включая запрос материалов, необходимых для ее проведения, и их анализ, отбор эксперта качества медицинской помощи, осуществляются в течение месяца после предоставления реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам.

127. Целевая ЭКМП проводится во всех случаях:

1) Получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность и качество медицинской помощи в медицинской организации.

2) Летальных исходов. Страховые случаи с летальными исходами при оказании медицинской помощи в 100 % подлежат целевой ЭКМП, в том числе с целью оценки данных о причине смерти человека и диагнозе заболевания и данных патологоанатомического вскрытия. Патологоанатомическое вскрытие не производится по религиозным мотивам при наличии письменного заявления супруга или близкого родственника (детей, родителей, усыновленных, усыновителей, родных братьев и родных сестер, внуков, дедушки, бабушки), а при их отсутствии иных родственников либо законного представителя умершего или при волеизъявлении самого умершего, сделанном им при жизни, за исключением случаев: подозрения на насильственную смерть; невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти; оказания умершему пациенту медицинской организацией медицинской помощи в стационарных условиях менее одних суток; подозрения на передозировку или непереносимость лекарственных препаратов или диагностических препаратов; смерти: а) связанной с проведением профилактических, диагностических, инструментальных, анестезиологических, реанимационных, лечебных мероприятий, во время или после операции переливания крови и (или) ее компонентов; б) от инфекционного заболевания или при подозрении на него; в) от онкологического заболевания при отсутствии гистологической верификации опухоли; г) от заболевания, связанного с последствиями экологической катастрофы; д) беременных, рожениц, родильниц (включая последний день послеродового периода) и детей в возрасте до двадцати восьми дней жизни включительно; рождения мертвого ребенка; необходимости судебно-медицинского исследования.

3) Внутрибольничного инфицирования и осложнения заболевания. Случаи внутрибольничного инфицирования и осложнений заболевания отбираются на целевую ЭКМП с учетом данных реестров счетов, в которые МО вносят данные о случаях внутрибольничного инфицирования и осложнений заболевания.

4) Первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей. Целевые ЭКМП в связи с первичным выходом на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей проводятся с целью выявления нарушений при оказании медицинской помощи застрахованному лицу как возможных причин потери трудоспособности взрослых и инвалидизации детей, ранее не имевших хронических заболеваний и не состоявших на диспансерном учете. Отбор случаев первичного выхода на инвалидность для проведения ЭКМП осуществляется по признакам в счетах (реестрах счетов).

5) Повторного обоснованного обращения по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней - при оказании медицинской помощи амбулаторно, стационарно; в течение 24 часов от момента предшествующего вызова - при повторном вызове скорой медицинской помощи.

6) Случаях, отобранных по результатам целевой МЭЭ. Для целевой ЭКМП по поводу повторных обращений и госпитализаций, внутрибольничного инфицирования и осложнений заболевания необходимо отбирать случаи, признанные обоснованными по результатам целевой МЭЭ. При проведении целевой ЭКМП по случаям, отобранным по результатам целевой МЭЭ, общие сроки проведения целевой ЭКМП могут увеличиваться до шести месяцев с момента предоставления счета на оплату.

7) Выявления по результатам целевой и тематической медико-экономической экспертизы нарушений при оказании медицинской помощи по профилю «онкология».

128. По результатам проведения целевой ЭКМП летальных исходов при оказании медицинской помощи в экспертное заключение экспертом СМО/ГУ ТФОМС РК включаются результаты оценки ПАВ с указанием:

1) признака вскрытия (вскрытие не производилось/производилось);

2) категории расхождения диагнозов (расхождение есть/расхождения нет);

3) причины расхождения диагнозов.

129. Для отбора страховых случаев с летальными исходами при оказании медицинской помощи устанавливается следующий порядок:

1) на этапе проведения форматно-логического контроля реестров счетов ГУ ТФОМС РК формирует реестр поводов целевых ЭКМП по случаям оказания медицинской помощи с летальным исходом (далее – Реестр) и направляет Реестр в СМО не позднее 10 числа каждого месяца.

2) СМО не позднее 12 числа каждого месяца направляют Реестр и Уведомление в МО для предоставления ПМД на целевую ЭКМП.

3) копию Реестра и Уведомления СМО направляют в ГУ ТФОМС РК не позднее 15 числа каждого месяца.

4) МО направляют в СМО ПМД в соответствии с запросом в срок не позднее 5 рабочих дней после получения запроса.

5) СМО проводит целевую ЭКМП в течение месяца после предоставления ПМД и возвращает ПМД в МО.

6) после проведения целевой ЭКМП СМО направляют копии актов в ГУ ТФОМС РК не позднее 20 числа месяца, следующего за отчетным.

7) ГУ ТФОМС РК ежемесячно направляет в адрес Министерства здравоохранения Республики Карелия результаты ЭКМП по случаям с летальным исходом с указанием выявленных дефектов.

130. При невозможности предоставления ПМД по уважительным причинам, МО в Реестре указывает причину с приложением копии (скана) письма или запроса.

131. Уважительными причинами не предоставления ПМД являются:

1) получение результатов патологоанатомического вскрытия;

2) изъятие ПМД следственными органами в рамках доследственной проверки, органами прокуратуры;

3) проведение ведомственного контроля (рецензирования) специалистами Министерства здравоохранения Республики Карелия (далее – Министерство).

132. Вся ранее не предоставленная ПМД от МО в СМО представляется по мере её возврата с рецензирования, из следственных органов и других организаций.

133. В данные реестра страховых случаев, подлежащий целевой ЭКМП при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, не включаются:

1) случаи с кодами по МКБ-10 «Z00 – Z99.9» (факторы и поводы обращения);

2) случаи с повторными обращениями при заболеваниях, которые требуют постоянного динамического наблюдения и/или обусловлены кратностью лечебно-диагностических мероприятий, а именно: наблюдение во время беременности по профилю «акушерство и гинекология» коды по МКБ10 «О» (все коды с подрубриками); проведение гемодиализа или перитонеального диализа (диагноз хроническая почечная недостаточность, коды по МКБ-10 «N17 – N19» и код услуги в соответствии с Приложением «Тарифы на медицинские услуги» Тарифного соглашения; случаи медицинской помощи по специальности «стоматология» (профили «стоматология», «стоматология детская», стоматология профилактическая»); случаи лечения в травматологическом пункте.

134. В данные реестра страховых случаев, подлежащих целевой ЭКМП при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара, не включаются случаи с повторными обращениями при заболеваниях, которые требуют постоянного динамического наблюдения и/или обусловлены кратностью лечебно-диагностических мероприятий при: проведении гемодиализа или перитонеального диализа (диагноз хроническая почечная недостаточность, коды по МКБ-10 «N17 – N19» и код услуги в соответствии с Приложением «Тарифы на медицинские услуги» Тарифного соглашения; а также случаи с КСГ «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ» (ds18.002) и «Гломерулярные болезни, почечная недостаточность (без диализа) (ds18.001); по КСГ ds36.004 («Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов»); случаи этапного лечения – операции на органе зрения; по КСГ ds24.001 (Системные поражения соединительной ткани, артропатии, спондилопатии, взрослые, профиль «ревматология»); по КСГ ds05.001 (Болезни крови, уровень 1, профиль «гематология» за исключением онкогематологических нозологических форм).

135. В данные реестра страховых случаев, подлежащих целевой ЭКМП при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, не включаются случаи с повторными обращениями при заболеваниях, которые требуют постоянного динамического наблюдения и/или обусловлены кратностью лечебно-диагностических мероприятий при: по КСГ st05.001– st05.005 (профиль «гематология», за исключением онкогематологических нозологических форм); случаи этапного лечения - операции на органе зрения; случаи лечения по КСГ st24.001 (Системные поражения соединительной ткани, взрослые, профиль «ревматология»).

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

137. При признаках неблагоприятного исхода заболевания, развития осложнений, летального исхода и т.д., в полученной жалобе на качество медицинской помощи, целесообразно проводить экспертизу качества медицинской помощи без этапа МЭЭ.

138. При проведении целевой ЭКМП оценке подлежат все этапы и уровни оказания медицинской помощи.

139. Одновременное проведение нескольких экспертиз: целевых МЭЭ и целевых ЭКМП; плановых и тематических МЭЭ; плановых и тематических ЭКМП по одному случаю оказания медицинской помощи, и, следовательно, одновременное оформление нескольких актов контроля не предусмотрено законодательством в сфере обязательного медицинского страхования.

140. Плановая ЭКМП проводится с целью оценки соответствия объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи группам застрахованных лиц, разделенным по возрасту, заболеванию или группе заболеваний, порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям и стандартам медицинской помощи, условиям, предусмотренным договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, 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.

141. Плановая ЭКМП проводится по принятым к оплате страховым случаям, отобранным:

1) методом случайной выборки;

2) по тематически однородной совокупности случаев (далее – тематическая экспертиза качества медицинской помощи).

142. Плановая ЭКМП методом случайной выборки проводится для оценки характера, частоты и причин нарушений прав при оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования в МО, 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.

143. Плановая ЭКМП проводится в каждой медицинской организации, оказывающей МП по обязательному медицинскому страхованию, не реже одного раза в течение календарного года в сроки, определенные планом проверок.

144. Плановая ЭКМП в случаях, предусмотренных подпунктом 4 пункта 147 настоящего Порядка, проводится не реже одного раза в шесть месяцев.

145. Сроки проведения и объемы плановых ЭКМП устанавливаются планами проверок СМО медицинских организаций по согласованию с ГУ ТФОМС РК.

146. Плановая тематическая ЭКМП проводится в отношении определенной совокупности принятых к оплате случаев оказания МП, отобранных по тематическим признакам в каждой МО или группе МО, предоставляющих медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию одного вида или в одних условиях.

147. Выбор тематики осуществляется на основании показателей деятельности МО, их структурных подразделений, с учетом предложений СМО:

1) больничной летальности, частоты послеоперационных осложнений, первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей, частоты повторных госпитализаций, средней продолжительности лечения, укороченных или удлиненных сроков лечения, стоимости медицинских услуг;

2) результатов внутреннего и ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

3) результатов проведенной МЭЭ, ЭКМП, свидетельствующих о типичных нарушениях при оказании медицинской помощи, тенденциях их нарастания;

4) выявления случаев не включения или несвоевременного включения в группу диспансерного наблюдения застрахованных лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение, а также наблюдения установленной периодичности осмотров граждан, включенных в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований.

148. При отборе случаев оказания медицинской помощи для тематических ЭКМП СМО руководствуется Перечнем критериев отбора страховых случаев для проведения обязательных тематических экспертиз медицинской помощи согласно Приложению №5 к настоящему Порядку.

149. В отношении страховых случаев оказания МП по профилю «онкология» СМО по результатам автоматизированного контроля, предусмотренного «Методическими рекомендациями по организации и проведению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной пациентам с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания», и тематических МЭЭ по профилю «Онкология» организует проведение тематических ЭКМП в целях определения причин возникновения нарушений и для обеспечения прав пациентов на получение медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями, в том числе:

1) своевременности выявления новообразований на ранних клинических стадиях;

2) соблюдения маршрутизации пациентов;

3) своевременности госпитализации, в том числе соблюдения сроков цикловой химиотерапии и таргетной терапии;

4) предотвращения прогрессирования онкологического заболевания.

150. Проведение тематической ЭКМП по профилю «онкология» включает следующие этапы:

1) оценка правильности выбора и выполнения диагностических, лечебных мероприятий при оказании медицинской помощи онкологическим больным, профилактики осложнений;

2) оценка исхода госпитализации, результата обращения;

3) подготовка экспертного заключения (протокола оценки качества медицинской помощи).

151. Для оценки правильности выбора и выполнения диагностических, лечебных мероприятий, профилактики осложнений эксперт качества медицинской помощи проводит оценку предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи на предмет соответствия:

1) порядкам оказания медицинской помощи;

2) стандартам медицинской помощи;

3) клиническим рекомендациям, утвержденным Ассоциацией онкологов России.

152. При проведении ЭКМП эксперт качества медицинской помощи руководствуется критериями оценки качества медицинской помощи, утвержденными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (Приказ МЗ РФ № 203н). Эксперт качества медицинской помощи при проведении ЭКМП также использует методические рекомендации, учебники, учебные пособия с грифом Министерства здравоохранения Российской Федерации.

153. При отборе случаев и определении вида экспертизы СМО руководствуются следующими критериями приоритетности видов экспертиз:

1) Целевая ЭКМП;

2) Целевая МЭЭ;

3) Тематическая ЭКМП в соответствии с Перечнем критериев отбора страховых случаев для проведения обязательных тематических экспертиз медицинской помощи;

4)Тематическая МЭЭ в соответствии с Перечнем критериев отбора страховых случаев для проведения обязательных тематических экспертиз медицинской помощи;

6)Тематическая ЭКМП в соответствии с Перечнем дополнительных критериев отбора страховых случаев для проведения тематических экспертиз;

7.)Тематическая МЭЭ в соответствии с Перечнем дополнительных критериев отбора страховых случаев для проведения тематических экспертиз;

8) Плановая ЭКМП;

9) Плановая МЭЭ.

154. ЭКМП проводится в период оказания застрахованному лицу МП (далее - очная ЭКМП), 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 на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, а также о правах застрахованного лица в сфере обязательного медицинского страхования, проводится экспертом качества медицинской помощи с обязательным уведомлением руководителя МО в письменной форме о дате проведения обхода подразделений МО.

155. По итогам проведения ЭКМП эксперт качества медицинской помощи выделяет наиболее значимые ошибки (нарушения при оказании медицинской помощи/дефекты медицинской помощи), повлиявшие на исход оказания МП.

156. При проведении ЭКМП, выявленные дефекты/нарушения должны подтверждаться положениями нормативных правовых актов - порядков оказания и стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций, приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства здравоохранения Республики Карелия.

157. При оценке этапности (преемственности) и профильности оказания медицинской помощи используются порядки оказания медицинской помощи, разработанные по отдельным профилям медицинской помощи, утвержденные приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации и зарегистрированные в Министерстве юстиции Российской Федерации.

158. При оценке объемов медицинской помощи применяются ссылки на действующие стандарты медицинской помощи, утвержденные приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации и зарегистрированные в Министерстве юстиции Российской Федерации.

159. При отсутствии стандартов медицинской помощи объем лечебно-диагностических, профилактических, реабилитационных мероприятий оценивается исходя из общепринятой клинической практики в соответствии с установленным клиническим диагнозом, степенью тяжести заболевания, наличия сопутствующих заболеваний при их обострении и (или), если они влияют на тяжесть и течение основного заболевание.

160. При отсутствии нормативных правовых актов оценка качества медицинской помощи осуществляется в соответствии с общепринятой клинической практикой.

161. Срок проведения ЭКМП (в том числе повторной) составляет не более 30 дней от момента уведомления медицинской организации о проведении экспертизы.

162. Экспертом качества медицинской помощи, осуществлявшим проведение экспертизы качества медицинской помощи, на бумажном носителе оформляется экспертное заключение, содержащее описание проведения и результаты ЭКМП в соответствии с Приложением №16 к настоящему Порядку.

163. В случае отсутствия нарушений при оказании медицинской помощи в соответствии с приложением №8 Приказа ФФОМС №36 составляется акт экспертизы качества медицинской помощи по форме согласноПриложению №16 к настоящему Порядку.

164. В случае выявления нарушений при оказании медицинской помощи в соответствии с приложением №8 Приказа ФФОМС №36 составляется акт экспертизы качества медицинской помощи по форме согласноПриложению №16 к настоящему Порядку.

165. При выявлении случаев невыполнения (неполного выполнения) МО рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении указанными центрами консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий, при отсутствии в медицинской документации обоснования неприменения указанных рекомендаций (при наличии медицинских показаний) акт экспертизы качества медицинской помощи, оформленный по форме согласно Приложению 16 к настоящему Порядку дополнительно направляется в Министерство здравоохранения Российской Федерации для принятия мер по достижению цели федерального проекта «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий» национального проекта «Здравоохранение», в течение суток со дня оформления указанного акта.

166. Экспертом качества медицинской помощи, осуществляющим проведение ЭКМП, оформляется приложение к акту ЭКМП (приложение 16 к настоящему Порядку), содержащее описание проведения и результаты ЭКМП, на основании которого составляется акт ЭКМП.

167. Результаты ЭКМП, оформленные актом ЭКМП являются основанием для применения к МО мер, предусмотренных ст.41 Федерального закона, условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи).

168. Акт ЭКМП в электронном виде оформляется по составу, формату структуре в соответствии с Приложением №14к настоящему Порядку.

169. СМО на основании актов ЭКМП по согласованию с ГУ ТФОМС РК готовят предложения по улучшению качества медицинской помощи и направляют в ГУ ТФОМС РК с приложением планов мероприятий по устранению нарушений в оказании медицинской помощи, выявленных по результатам ЭКМП, представленных медицинскими организациями.

170. ЭКМП с применением мультидисциплинарного подхода (далее – МД ЭКМП) предполагает привлечение экспертов качества медицинской помощи более чем по одной специальности, в том числе на различных этапах и/или уровнях оказания медицинской помощи.

171. Целевая МД ЭКМП проводится во всех случаях:

1) получения жалобы от застрахованного лица или его представителя на доступность и качество медицинской помощи, оказанной специалистами разных профилей и/или на разных уровнях оказания медицинской помощи;

2) летальных исходов при:

остром коронарном синдроме (код МКБ-10 – I20.0, I21 – I24);

остром нарушении мозгового кровообращения (код МКБ-10 - I60 – I63, G45 – G46);

внебольничных и госпитальных пневмониях (код МКБ-10 – J12 – J18);

злокачественных новообразованиях молочной железы у женщин (код МКБ-10 – C50);

злокачественные новообразования предстательной железы у мужчин (код МКБ-10 – C61);

1. первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей.

По случаю летального исхода застрахованного лица вне МО, по которому в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (далее – амбулаторная карта), на имя умершего застрахованного лица, представленной МО специалисту-эксперту, отсутствует протокол патологоанатомического вскрытия трупа умершего застрахованного лица МД ЭКМП не проводится.

172. Тематическая МД ЭКМП проводится в случаях:

1) оказания медицинской помощи при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности населения на территории Республики Карелия, по поручению ГУ ТФОМС РК;

2) оказания медицинской помощи при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности населения на территории Российской Федерации, по поручению ФФОМС;

3) отобранных СМО по результатам МЭЭ, ЭКМП, если указанные результаты не позволяют сделать заключение о соответствии оказанной застрахованным лицам медицинской помощи порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям, стандартам медицинской помощи, в том числе при переводе пациента в другие отделения стационара, включая отделение реанимации и интенсивной терапии, в период одной госпитализации в одной МО;

4) необходимости проверки полноты устранения ранее выявленных нарушений при оказании медицинской помощи спустя шесть месяцев со дня окончания предыдущей плановой МД ЭКМП.

173. Сроки проведения целевой мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи составляют не более сорока пяти рабочих дней:

1) в случаях, предусмотренных подпунктом 1 пункта 171 настоящего Порядка, с даты регистрации поступления жалобы от застрахованного лица не зависят от времени, прошедшего с момента оказания застрахованному лицу медицинской помощи;

2) в случаях, предусмотренных подпунктом 2 пункта 171 настоящего Порядка, с даты:

a подписания акта медико-экономического контроля (Приложение 11 к настоящему Порядку), содержащего сведения о случае оказания медицинской помощи с летальным исходом;

b получения страховыми медицинскими организациями информации о посмертном заключительном рубрифицированном диагнозе умершего застрахованного лица;

c поступления из территориального фонда информации о смерти застрахованного лица вне медицинской организации;

3) в случаях, предусмотренных подпунктом 3 пункта 171, с даты поступления в страховые медицинские организации информации о случаях первичного выхода на инвалидность.

174. При проведении МД ЭКМП проверяемый период определяется организатором экспертизы на основании анализа счетов, предъявленных к оплате в течение года от даты экспертного случая.

175. В случаях, когда на территории Республики Карелия оказана МП лицу, застрахованному на территории другого субъекта РФ, необходимые контрольные и экспертные мероприятия, в том числе МД ЭКМП, организует и проводит ГУ ТФОМС РК.

176. Организация и проведение МД ЭКМП по поручению ФФОМС осуществляется на основании приказа ФФОМС с указанием тематики.

177. Организация и проведение МД ЭКМП по поручению ГУ ТФОМС РК осуществляется на основании распоряжения / приказа ГУ ТФОМС РК с указанием тематики и исполнителей.

178. Организация и проведение МД ЭКМП СМО / ГУ ТФОМС РК осуществляется на основании поручения / приказа руководителя СМО / ГУ ТФОМС РК, в котором указывается, по каким специальностям проводится ЭКМП.

179. Организатором МД ЭКМП является ответственное лицо (специалист-эксперт), определенное поручением СМО / ГУ ТФОМС РК.

180. Организатор МД ЭКМП:

1) формирует свод реестров счетов по случаям оказания МП, по которым принято решение о проведении МД ЭКМП;

2) определяет временной период, который следует подвергнуть контролю, и перечень МО, подлежащих проверке в рамках данной экспертизы;

3) на основании указанной в реестре счетов специальности врача или профиля отделения, а также основного диагноза определяет состав группы экспертов;

4) определяет перечень МО и случаев оказания МП, которые следует подвергнуть контролю в ходе МД ЭКМП с учетом установленного диагноза, а также его осложнениям и сопутствующим заболеваниям, которые могут иметь отношение к развитию основного заболевания;

5) проверяет наличие актов плановой или целевой ЭКМП, проведенной в прошедшие отчетные периоды по случаям оказания МП, отобранным для МД ЭКМП;

6) запрашивает в МО ПМД и иную учетно-отчетную документацию, связанную с оказанием МП, подлежащей МД ЭКМП;

7) формирует комплект материалов для проведения МД ЭКМП;

8) определяет руководителя экспертной группы по профилю основного диагноза и рассматривает его предложения по дополнительному привлечению экспертов качества медицинской помощи. В качестве руководителя экспертной группы может привлекаться только эксперт качества медицинской помощи из Реестра экспертов качества медицинской помощи соответствующей клинической специальности;

9) осуществляет выбор экспертов качества медицинской помощи из Реестра экспертов качества медицинской помощи с учетом предложений руководителя и согласия экспертов, информирует их о составе экспертной группы и ее руководителе;

10) готовит перечень вопросов, на которые должен ответить каждый из членов экспертной группы в рамках проводимой МД ЭКМП;

11) контролирует выполнение сроков МД ЭКМП;

12) принимает участие в оформлении протокола МД ЭКМП на основе экспертных заключений и актов и направляет его в ГУ ТФОМС РК и МО;

13) осуществляет оформление актов ЭКМП, расчет финансовых санкций по результатам контроля и направляет их на согласование в МО;

14) при необходимости направляет сводное экспертное заключение по МД ЭКМП в ГУ ТФОМС РК;

15) обеспечивает учет и отчетность по случаям МД ЭКМП.

181. Примерный перечень вопросов к экспертам качества медицинской помощи:

1) причина смерти или неблагоприятного исхода;

2) есть ли нарушения организации МП в МО, при наличии нарушений – указать ссылку на нормативные акты, подтверждающие эти нарушения;

3) имеется ли нарушение прав застрахованного лица на получение качественной и своевременной МП;

4) соблюдены ли порядки оказания МП, соответствующие профилю заболевания, возможные причины неисполнения;

5) оценка правильности, адекватности, своевременности проведения медицинских вмешательств в конкретной клинической ситуации, соответствие лечебных и диагностических мероприятий клиническим рекомендациям;

6) оценка исполнения критериев качества МП в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации.

182. По результатам проведенной МД ЭКМП каждым экспертом качества, включенным в состав экспертной группы, составляется экспертное заключение и оформляется акт, на основании анализа которых руководитель экспертной группы совместно с организатором МД ЭКМП составляется протокол МД ЭКМП в 3-х экземплярах (для СМО, ГУ ТФОМС РК, МО) в срок не позднее 15 рабочих дней после получения экспертных заключений. СМО уведомляет МО и ГУ ТФОМС РК о результатах МД ЭКМП.

183. Организацию проведения МД ЭКМП по случаям летальных исходов вне МО обеспечивает организатор МД ЭКМП, который анализирует списки умерших застрахованных лиц, сопоставляет их с реестрами оказанной и оплаченной медицинской помощи, и оформляет запрос в МО по месту прикрепления умершего застрахованного лица на предоставление медицинской карты амбулаторного больного.

184. После предоставления медицинских карт перечень застрахованных лиц, умерших вне МО, разделяется СМО на 2 списка:

1) Случаи, по которым в амбулаторной карте отсутствует протокол ПАВ трупа умершего застрахованного. По данным случаям МД ЭКМП не проводится.

2) Случаи, по которым в амбулаторной карте имеется протокол ПАВ трупа умершего застрахованного.

185. При наличии ПАВ организатор МД ЭКМП выбирает из реестров оказанной МП все оплаченные в течение календарного года с даты смерти случаи по основному заболеванию, которым считается заболевание, явившееся причиной смерти, указанной в протоколе ПАВ, запрашивает медицинскую документацию в МО, попавших на проверку, и поручает одному эксперту качества медицинской помощи по профилю основного заболевания провести ЭКМП всех случаев оказания МП на разных этапах и уровнях по основному заболеванию.

186. Если в рамках отдельных этапов и уровней оказания МП умершему пациенту оказывалась МП врачами разных клинических специальностей, по предложению эксперта качества медицинской помощи по основному профилю, к проведению целевой ЭКМП дополнительно могут привлекаться специалисты иных специальностей (консультанты – эксперты качества медицинской помощи), заключения которых используются экспертом качества медицинской помощи при составлении экспертного заключения по страховому случаю.

**VIII. Порядок осуществления ГУ ТФОМС РК контроля за деятельностью страховых медицинских организаций**

187. ГУ ТФОМС РК осуществляет контроль за деятельностью СМО путем организации реэкспертиз.

188. Повторные МЭЭ или ЭКМП (далее также – реэкспертиза) проводятся другим специалистом-экспертом медико-экономическая экспертиза или другим экспертом качества медицинской помощи экспертиза качества медицинской помощи.

189. Повторная ЭКМП проводится параллельно или последовательно с экспертизой качества медицинской помощи, осуществляемой СМО, с привлечением другого эксперта качества медицинской помощи.

190. Задачами реэкспертизы являются:

1) проверка обоснованности и достоверности заключения специалиста-эксперта или эксперта качества медицинской помощи, первично проводившего МЭЭ или ЭКМП;

2) контроль деятельности специалистов-экспертов/экспертов качества медицинской помощи и др.

191. Реэкспертиза проводится в случаях:

1) проведения ГУ ТФОМС РК документальной проверки соблюдения СМО законодательства в сфере обязательного медицинского страхования;

2) выявления нарушений при организации СМО контроля;

3) наличия противоречий выводов эксперта качества медицинской помощи описанию выявленных нарушений в экспертном заключении;

4) поступления претензии от МО, не урегулированной со СМО.

5) поступления жалобы застрахованного лица или его представителя на доступность и качество МП и др.

192. ГУ ТФОМС РК не позднее чем за 5 рабочих дней до начала реэкспертизы направляет в СМО и МО письменное уведомление, содержащее следующие сведения:

1) основание проведения реэкспертизы;

2) тему реэкспертизы;

3) сроки проведения реэкспертизы;

4) проверяемый в рамках реэкспертизы период;

5) перечень документов, необходимых для проведения реэкспертизы.

193. В течение 5 рабочих дней после уведомления, предусмотренного пунктом 192 настоящего Порядка, ГУ ТФОМС РК предоставляются:

1) СМО - необходимые для проведения реэкспертизы копии актов медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи;

2) МО - медицинская, учетно-отчетная и прочая документация, по дополнительному требованию – результаты внутреннего и ведомственного контроля безопасности и качества медицинской деятельности.

194. ГУ ТФОМС РК направляет результаты проведения реэкспертизы оформленные независимо от основания ее проведения актом повторной медико-экономической экспертизы (актом повторной экспертизы качества медицинской помощи) с приложением, являющемся неотъемлемой частью акта по формату, утвержденному Приказом ФФОМС от 28.02.2019 № 36 (Приложение № 17 к настоящему Порядку), в СМО и МО в срок не позднее 20 рабочих дней после окончания проверки.

195. При этом общий срок от даты получения необходимой документации согласно пункту 193 настоящего Порядка до направления акта повторной медико-экономической экспертизы (акт повторной экспертизы качества медицинской помощи) страховым медицинским организациям и медицинским организациям не может превышать сорока рабочих дней.

196. СМО обязана рассмотреть указанные акты в течение 10 рабочих дней с момента их получения.

197. МО обязана рассмотреть указанные акты в течение 10 рабочих дней с момента их получения.

198. В случае отказа или уклонения от подписания актов руководителем МО и/или СМО и отсутствия направленного в ГУ ТФОМС РК мотивированного отказа от подписания по окончании 10 рабочих дней с момента получения актов, в актах делается соответствующая отметка об этом, акты подписываются руководителем ГУ ТФОМС РК и являются основанием для применения финансовых санкций к МО / СМО.

199. СМО и МО в случае отсутствия согласия с результатами проведенной реэкспертизы направляют в ГУ ТФОМС РК подписанный акт с протоколом разногласий не позднее 10 рабочих дней с даты получения акта.

200. ГУ ТФОМС РК в течение 30 рабочих дней с даты получения рассматривает акт с протоколом разногласий с привлечением СМО и МО.

201. Директор ГУ ТФОМС РК, с учетом рекомендаций комиссии ГУ ТФОМС РК по осуществлению контроля за деятельностью страховых медицинских организаций,по результатам рассмотрения акта с протоколом разногласий СМО, принимает Решение, в котором излагаются выводы об удовлетворении либо отклонении доводов, изложенных СМО в протоколе разногласий.

202. При поступлении в ГУ ТФОМС РК протокола разногласий от МО по результатам акта повторной экспертизы, ГУ ТФОМС РК отказывает в его рассмотрении с разъяснением права на обращение в суд. В отдельных случаях, при наличии достаточных оснований, акты реэкспертизы с протоколом разногласий МО могут быть направлены на рассмотрение Комиссией по спорным вопросам.

203. При несогласии медицинской организации и/или страховой медицинской организации с решением ГУ ТФОМС РК они вправе его обжаловать в судебном порядке.

204. В случае выявления нарушений в организации и проведении МЭЭ и/или ЭКМП помощи СМО уплачивает за счет собственных средств на счет ГУ ТФОМС РК штраф в соответствии с Перечнем санкций за нарушения договорных обязательств, установленным договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключаемым между ГУ ТФОМС РК и СМО.

205. ГУ ТФОМС РК направляет в СМО претензию, которая содержит сведения о проведенном контроле за ее деятельностью. Претензия подписывается директором ГУ ТФОМС РК. Исполнение по претензии осуществляется в течение 30 рабочих дней с даты ее получения СМО, о чем информируется ГУ ТФОМС РК.

206. В случае выявления ГУ ТФОМС РК при проведении реэкспертизы нарушений, не выявленных СМО в ходе медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи, СМО утрачивает право использования мер, применяемых к МО, по своевременно не выявленному нарушению при оказании медицинской помощи.

207. МО возвращает средства в сумме, определенной актом реэкспертизы, в бюджет ГУ ТФОМС РК в течение 30 рабочих дней с даты направления Предписания, с направлением копии платежного документа в ГУ ТФОМС РК.

208. В случае невозврата средств в сумме, определенной актом реэкспертизы, в течение 30 рабочих дней, ГУ ТФОМС РК направляет в СМО копии актов проведенных реэкспертиз, на основании которых СМО осуществляет удержание из объема средств, предназначенных для оплаты медицинской помощи, в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС в порядке, предусмотренном ст.41 Федерального закона № 326-ФЗ.

209. СМО средства от применения ГУ ТФОМС РК к МО санкций за нарушения, выявленные при проведении КОСКУ, направляет в ГУ ТФОМС РК для формирования нормированного страхового запаса и в соответствии с п.2.12 договора о финансовом обеспечении ОМС возвращает остаток целевых средств в ГУ ТФОМС РК в течение 3-х рабочих дней после завершения расчетов с МО.

210. СМО в письменном виде информирует ГУ ТФОМС РК о факте удержания у МО средств в сумме, определенной актом реэкспертизы, в течение 5 рабочих дней после завершения расчетов с МО.

**IX. Взаимодействие субъектов при проведении КОСКУ в части обмена первичными документами определяющими применение штрафных санкций и размер неоплаты .**

211. Первичными учетными документами КОСКУ используемыми при взаимодействии субъектов КОСКУ являются акты МЭК, МЭЭ и ЭКМП (в том числе повторных), а так же реестры, формируемые на основании актов согласно настоящему Порядку. Возможно ведение электронного документооборота между субъектами контроля с обязательным применением квалифицированной электронной подписи.

212. Результаты КОСКУ в форме актов в течение 5 рабочих дней передаются в МО.

213. В случае, когда акт доставляется в МО лично представителем СМО / ГУ ТФОМС РК, на всех экземплярах акта ставится отметка о получении с указанием даты и подписью получателя. При отправке акта по почте, указанный документ направляется заказным письмом (с составлением описи) с уведомлением.

214. Акт может быть направлен в МО в электронной форме при наличии гарантий его достоверности (подлинности), защиты от несанкционированного доступа и искажений.

215. МО уведомляет ГУ ТФОМС РК в случае непредставления СМО акта в срок, установленный пунктом 212 настоящего порядка.

216. Руководитель МО или лицо, его замещающее, рассматривает акт в течение 15 рабочих дней с момента его получения.

217. При согласии МО с актом и мерами, применяемыми к МО, все экземпляры актов подписываются руководителем МО, заверяются печатью, и один экземпляр направляется в СМО/ТФОМС. На основании выявленных нарушений по актам экспертиз СМО ежеквартально по состоянию на 01 число месяца, следующего за отчетным кварталом, готовят и направляют в МО «Циркуляр об устранении нарушений, выявленных по результатам КОСКУ» (Приложение №21 к настоящему Порядку). СМО контролирует выполнение мероприятий Циркуляра медицинской организацией.

218. При несогласии МО с актом, подписанный акт возвращается в СМО с протоколом разногласий в течение 15 рабочих дней после получения актов экспертиз.

219. СМО рассматривает протокол разногласий в течение 10 рабочих дней с момента его получения и направляет в МО результаты рассмотрения протокола. Типовая форма протокола разногласий приведена в Приложении №18 к настоящему Порядку.

220. В случае отказа или уклонения от подписания актов руководителем МО и отсутствия направленного в СМО мотивированного отказа от подписания по окончании 15 рабочих дней с момента получения актов, в актах делается соответствующая отметка об этом, акты подписываются руководителем СМО и являются основанием для применения финансовых санкций к МО.

221. Акты ЭКМП и экспертные заключения заполняются машинописным или рукописным способом с отметкой всех пунктов. Акт и экспертное заключение подписывается экспертом качества с расшифровкой подписи - ФИО. Если эксперт качества желает сохранить анонимность и конфиденциальность, в акте ЭКМП и экспертном заключении указывается его идентификационный номер, а подпись эксперта ставится без ее расшифровки.

222. Результаты КОСКУ, оформленные соответствующим актом по установленной форме, являются основанием для применения финансовых санкций к МО.

223. Сумма, не подлежащая оплате (уменьшения оплаты) по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи удерживается СМО из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи по ОМС, оказанной МО.

224. Исполнение медицинской организацией штрафных санкций за счет средств ОМС не подлежит.

225. Удержание средств производится СМО единовременно, в полном объеме, в срок, не превышающий 30 рабочих дней от момента подписания Акта.

226. При письменном обращении МО и согласовании со СМО возможно удержание средств по согласованному между МО и СМО графику.

227. В случае обжалования медицинской организацией заключения СМО по результатам КОСКУ, удержание средств производится СМО единовременно, в полном объеме, в срок, не превышающий 30 рабочих дней от момента получения решения ГУ ТФОМС РК по результатам реэкспертизы, или получения письма ГУ ТФОМС РК о результатах рассмотрения претензии.

228. В случае выявления ГУ ТФОМС РК при проведении реэкспертизы нарушений, пропущенных СМО в ходе МЭК, МЭЭ и ЭКМП, СМО утрачивает право использования мер, применяемых к МО, по своевременно не обнаруженному дефекту медицинской помощи и/или нарушению при оказании медицинской помощи.

229. Средства в сумме, определенной актом реэкспертизы, возвращаются МО в доход бюджета ГУ ТФОМС РК. К СМО применяются санкции в соответствии с договором о финансовом обеспечении ОМС.

230. Возврат средств в ГУ ТФОМС РК производится МО единовременно, в полном объеме, в срок, не превышающий 30 рабочих дней от момента направления Предписания, при этом сумма уменьшения оплаты возвращается за счет средств ОМС, сумма штрафа оплате за счет средств ОМС не подлежит.

231. Перечисление средств в ГУ ТФОМС РК производится СМО единовременно, в полном объеме, в срок, не превышающий 30 рабочих дней от момента направления Претензии.

232. В случае нарушения сроков возврата средств МО или перечисления средств СМО в ГУ ТФОМС РК, вопрос решается в судебном порядке.

233. Отчеты о результатах проведенного КОСКУ предоставляются СМО в ГУ ТФОМС РК.

234. ГУ ТФОМС РК проводит анализ обращений застрахованных лиц, их представителей и других субъектов обязательного медицинского страхования по результатам КОСКУ, проводимого СМО.

235. ГУ ТФОМС РК на основе анализа деятельности субъектов КОСКУ разрабатывает предложения, способствующие повышению качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов обязательного медицинского страхования и информирует Министерство здравоохранения и социального развития Республики Карелия и территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

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

237. В целях обеспечения прав на получение доступной и качественной МП застрахованные лица информируются МО, СМО и ГУ ТФОМС РК о выявленных нарушениях в предоставлении медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования, в том числе по результатам КОСКУ.

**X. Обжалование медицинской организацией заключения**

**страховой медицинской организации по результатам КОСКУ**

238. МО имеет право обжаловать заключение СМО по результатам КОСКУ в течение 15 рабочих дней со дня получения актов СМО путем направления претензии в ГУ ТФОМС РК. Претензия оформляется в письменном виде по образцу в соответствии с Приложением №19к настоящему Порядку и направляется с сопроводительным письмом на имя директора ГУ ТФОМС РК.

В случае первичного направления медицинской организацией в страховую медицинскую организацию протокола разногласий к акту, 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.

239. Одновременно с направлением претензии МО обязательно предоставляет в ГУ ТФОМС РК материалы для ее рассмотрения:

1) обоснование претензии;

2) перечень вопросов по каждому оспариваемому случаю;

3) материалы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности по оспариваемому случаю;

4) медицинские карты амбулаторного/стационарного больного и иную первичную медицинскую документацию, подтверждающую факт оказания медицинских услуг (или заверенные ксерокопии);

5) информацию о дате поступления актов СМО в медицинскую организацию;

6) копии актов, подписанных руководителем МО «с протоколом разногласий» с указанием даты подписания;

7) копии экспертных заключений СМО;

8) копию протокола разногласий, направленного в СМО;

9) копии переписки между МО и СМО по оспариваемым вопросам (результаты рассмотрения протокола разногласий (при наличии)).

240. К претензии прилагаются результаты ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности (при наличии).

241. Претензии по результатам очных ЭКМП, проведенных СМО, ГУ ТФОМС РК не рассматриваются.

242. Претензии по заключениям специалистов**-**экспертов СМО и экспертов качества медицинской помощи по пунктам 4.1 (Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин) и 4.6.2 (Включение в счет на оплату медицинской помощи / медицинских услуг при отсутствии в медицинском документе сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи пациенту) Перечня обязательств медицинских организаций, следствием неисполнения которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества ГУ ТФОМС РК не рассматриваются.

243. В случае ненадлежащего оформления претензии, отсутствия необходимых материалов (в т.ч. при предоставлении копий первичной медицинской документации ненадлежащего качества), несоблюдения сроков направления претензия отклоняется ГУ ТФОМС РК в срок не более 30 рабочих дней со дня поступления, о чем МО информируется письмом с указанием обоснования отклонения.

244. В случае надлежащего оформления претензии и предоставления МО всех необходимых материалов, ГУ ТФОМС РК в течение 30 рабочих дней с даты поступления претензии рассматривает поступившие от медицинской организации документы и организует проведение повторных МЭК, МЭЭ и ЭКМП, которые оформляет решением ГУ ТФОМС РК.

245. В случае возникновения спорных вопросов по результатам повторных МЭК, МЭЭ и ЭКМП, проведенных в связи с поступившими претензиями от МО, претензия рассматривается в соответствии пунктами 200 – 203.

246. Комиссия собирается по мере поступления претензий МО, требующих коллегиального рассмотрения, в случаях несогласия МО и/или СМО с результатами реэкспертиз. Комиссия рассматривает результаты реэкспертиз и вырабатывает рекомендации для принятия решений ГУ ТФОМС РК.

247. По результатам рассмотрения Комиссией претензий от МО ГУ ТФОМС РК принимает решения, являющиеся основанием для отмены (или изменения) решения о неоплате, неполной оплате медицинской помощи и/или об уплате МО штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС.

248. ГУ ТФОМС РК направляет решение по результатам реэкспертизы в СМО и в МО, направившую претензию в ГУ ТФОМС РК.

249. Удлинение сроков рассмотрения претензии возможно:

а) в случае проведения повторной МД ЭКМП;

б) в случаях отсутствия ПМД по уважительным причинам, а именно: письменный запрос уполномоченного органа или письменный запрос застрахованного лица.

250. Решение ГУ ТФОМС РК, признающее правоту МО, доведенное до СМО в сроки установленные пунктом 194 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.

251. Изменение финансирования по результатам рассмотрения спорных случаев проводится СМО в срок не позднее 30 рабочих дней (в период окончательного расчета с медицинской организацией за отчетный период).

252. При несогласии МО с решением ГУ ТФОМС РК первая вправе обжаловать решение в судебном порядке.

**XI. Особенности проведения контрольно-экспертных мероприятий в условиях угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, вызванного новой коронавирусной инфекцией.**

Порядок контроля на период введения особых условий действует в части проведения страховыми медицинскими организациями:

1. медико-экономического контроля всех случаев оказания медицинской помощи, предъявленных медицинской организацией на оплату за счет средств обязательного медицинского страхования (раздел V Порядка);
2. целевых медико-экономических экспертиз по всем случаям, предусмотренным пунктом 86 Порядка, за исключением случаев получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность медицинской помощи в медицинской организации (подпункт 2 пункта 86 раздела VI Порядка);
3. плановых медико-экономических экспертиз медицинской помощи при онкологических заболеваниях, остром нарушении мозгового кровообращения, остром коронарном синдроме, включая экспертизы по случаям оказания медицинской помощи с применением рекомендаций медицинских работников, данных при проведении консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий, национальных медицинских исследовательских центров (раздел VI Порядка);
4. целевых экспертиз качества медицинской помощи по всем случаям, предусмотренным пунктами 126 и 170 раздела VII Порядка. Учитывая приостановление на период действия особых условий проведения медико-экономических экспертиз по обращениям застрахованных лиц, рассмотрение указанных обращений осуществляется в рамках целевой экспертизы качества медицинской помощи.

ГУ ТФОМС РК в период действия особых условий организует контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, в порядке, изложенном выше для страховых медицинских организаций.

Контроль ГУ ТФОМС РК за деятельностью СМО осуществляется в части проведения внеплановых проверок, а также в случаях обжалования медицинской организацией заключения страховой медицинской организации по оценке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи путем направления претензии в соответствии с требованиями подпункта «и» пункта 1 постановления Правительства Российской Федерации от 03.04.2020 № 432 «Об особенностях реализации базовой программы обязательного медицинского страхования в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией».

Сроки проведения экспертиз после возобновления контрольно-экспертных мероприятий страховыми медицинскими организациями будут увеличены с учетом периода их приостановления.