

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ
КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

г. Курган, ул. Советская, 81

ПРИКАЗ

от «20» июня 2016 года

№ 24 - АВ

«О внесении изменений в приказ ТФ ОМС Курганской области от 4 февраля 2015 года №9-АВ «О порядке организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Курганской области»

В целях реализации Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 года № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», в связи с применением программного комплекса для формирования и расчёта актов медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести следующие изменения в приказ ТФ ОМС Курганской области от 4 февраля 2015 года №9-АВ «О порядке организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Курганской области» (далее – Приказ):

1) Приложение №3 к Приказу изложить в редакции приложения 1 к настоящему приказу.

2) Приложение №4 к Приказу изложить в редакции приложения 2 к настоящему приказу.

3) Приложение №6 к Приказу изложить в редакции приложения 3 к настоящему приказу.

4) Приложение №7 к Приказу изложить в редакции приложения 4 к настоящему приказу.

2. Начальнику отдела организации обязательного медицинского страхования и защиты прав застрахованных ТФ ОМС Курганской области Мяжкой М.П.:

1) довести настоящий приказ до страховых медицинских организаций: Филиал ООО «РГС-Медицина»-«Росгосстрах-Курган-Медицина» и Филиал СМК «АСТРАМЕД-МС» (АО) в г.Курган;

2) разместить настоящий приказ на официальном сайте ТФ ОМС Курганской области;

3) рекомендовать страховым медицинским организациям Филиал ООО «РГС-Медицина»-«Росгосстрах-Курган-Медицина» и Филиал СМК «АСТРАМЕД-МС» (АО) в

г.Курган при организации и проведении контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию руководствоваться настоящим приказом.

3. Настоящий приказ вступает в силу с момента подписания.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора ТФ ОМС Курганской области по организации обязательного медицинского страхования Вебера Э.Е.

Директор
ТФ ОМС Курганской области



С.И. Сахатский

С.И. Сахатский

Приложение 1
к приказу ТФ ОМС Курганской области
от 30.06.2016г. № ПЧ-АВ
«О внесении изменений в приказ ТФ ОМС
Курганской области от 04.02.2015г №9-АВ
«О порядке организации и проведения
контроля объемов, сроков, качества и
условий предоставления медицинской
помощи по обязательному медицинскому
страхованию на территории Курганской
области»
«Приложение 3 к приказу ТФ ОМС
Курганской области от 04.02.2015г. №9-АВ
«О порядке организации и проведения
контроля объемов, сроков, качества и
условий предоставления медицинской
помощи по обязательному медицинскому
страхованию на территории Курганской
области»

Акт медико-экономической экспертизы страхового случая (целевой)*

№ ____ от «____» _____ 201__ г.

1. Наименование проверяющей организации _____
2. Фамилия, имя, отчество специалиста-эксперта _____
3. Вид медико-экономической экспертизы (целевая, плановая) _____
4. Цель экспертизы _____

5. Наименование медицинской организации, адрес _____

6. Условия оказания медицинской помощи (круглосуточный стационар, дневной стационар, поликлиника, скорая помощь, профилактическая) _____
7. Проверяемый период с «____» _____ 20__ г. по «____» _____ 20__ г.
8. Даты проведения экспертизы с «____» _____ 20__ г. по «____» _____ 20__ г.
9. Вид первичной медицинской документации _____
10. Серия, № полиса обязательного медицинского страхования _____
11. Номер медицинской документации (амбулаторного или стационарного больного, карты вызова скорой помощи и т.д.) _____
12. Окончательный (клинический) диагноз основного заболевания _____
13. Диагноз сопутствующего заболевания _____

14. Сроки лечения с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г.

15. Стоимость медицинской помощи _____ руб.

16. Фамилия, имя, отчество лечащего врача _____

17. Дополнительно проверена следующая учетно-отчетная документация _____

ВЫВОДЫ:

Заключение специалиста-эксперта по обоснованности объемов медицинских услуг, предоставленных к оплате, и их соответствие записям в первичной медицинской и учетно-отчетной документации медицинской организации (в т.ч. краткий перечень выявленных недостатков) _____

По выявленным нарушениям применяются финансовые санкции по коду _____

Не подлежит оплате сумма _____ руб. Штраф в сумме _____ руб.

Специалист-эксперт _____

Руководитель СМО/ТФ ОМС _____

(подпись, Ф.И.О., дата подписания)

М.П.

С актом экспертизы ознакомлен:

Руководитель медицинской организации _____».

(подпись, Ф.И.О., дата подписания)

М.П.

* акт составляется в двух экземплярах; при нарушении сроков рассмотрения, установленных приказом ФОМС от 01.12.2010г №230 вступает в силу, заверенный в одностороннем порядке

Приложение 2
к приказу ТФ ОМС Курганской области
от 20.06.2016г. № 84-AB
«О внесении изменений в приказ ТФ ОМС
Курганской области от 04.02.2015г №9-AB «О
порядке организации и проведения контроля
объёмов, сроков, качества и условий
предоставления медицинской помощи по
обязательному медицинскому страхованию на
территории Курганской области»
«Приложение 4 к приказу ТФ ОМС Курганской
области от 04.02.2015г. №9-AB «О порядке
организации и проведения контроля объёмов,
сроков, качества и условий предоставления
медицинской помощи по обязательному
медицинскому страхованию на территории
Курганской области»

Акт медико-экономической экспертизы (плановой)*

№ _____ «___» _____ 201_ г.

Наименование проверяющей организации _____

Фамилия, имя, отчество специалиста-эксперта _____

Вид медико-экономической экспертизы (целевая, плановая) _____

Цель экспертизы _____

Наименование медицинской организации _____

Вид медицинской помощи _____

(круглосуточный стационар, тип дневного стационара, поликлиника, скорая медицинская помощь, вид профилактической помощи)

Проверяемый период с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г.

Даты проведения экспертизы с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г.

Вид первичной медицинской документации _____

Дополнительно проверена документация _____

Выявленные дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи и применяемые санкции:

N п/п	N полиса обязательного медицинского страхования	Вид, N медицинской документации	Даты мед. помощи		Стоимость мед. помощи	Код финансовых санкций	Сумма, не подлежащая оплате	Штраф в сумме
			начало	конец				
1.								
2.								
3.								

4.								
5.								
6.								
7.								

Конкретизация нарушений по каждому случаю (или прилагаются акты медико-экономической экспертизы страхового случая):

1. _____

ВЫВОДЫ, РЕКОМЕНДАЦИИ СПЕЦИАЛИСТА-ЭКСПЕРТА:

Всего проверено случаев медицинской помощи _____ Из них признано содержащими дефекты медицинской помощи (нарушения при оказании медицинской помощи): _____ (____%) Санкции налагаются по _____ случаям (____%)

ФИНАНСОВЫЕ САНКЦИИ:

Не подлежит оплате сумма _____ руб.

Штраф в сумме _____ руб.

Специалист-эксперт _____
(подпись)

Руководитель СМО/ТФ ОМС _____
(подпись, Ф.И.О., дата подписания)

М.П.

С актом экспертизы ознакомлен:

Руководитель медицинской организации _____».
(подпись, Ф.И.О., дата подписания)

М.П.

* акт составляется в двух экземплярах; при нарушении сроков рассмотрения, установленных приказом ФОМС от 01.12.2010г №230 вступает в силу, заверенный в одностороннем порядке

Приложение 3
к приказу ТФ ОМС Курганской области
от 20.06.2016г. № 84-АБ
«О внесении изменений в приказ ТФ
ОМС Курганской области от 04.02.2015г.
№9-АВ «О порядке организации и
проведения контроля объемов, сроков,
качества и условий предоставления
медицинской помощи по
обязательному медицинскому
страхованию на территории Курганской
области»
«Приложение 6 к приказу ТФ ОМС
Курганской области от 04.02.2015г. №9-
АВ «О порядке организации и
проведения контроля объемов, сроков,
качества и условий предоставления
медицинской помощи по
обязательному медицинскому
страхованию на территории Курганской
области»

Акт целевой экспертизы качества медицинской помощи*

№ _____ «___» _____ 201_ г.

Экспертом качества медицинской помощи _____
(Ф.И.О. эксперта, или идентификационный номер, специальность)

в связи с _____
(повод для проверки)

по поручению _____
(наименование направившей организации)

произведена целевая экспертиза качества медицинской помощи с целью выявления
нарушений прав застрахованного лица _____
(N полиса обязательного медицинского страхования)

в медицинской организации _____

Вид медицинской помощи _____

(круглосуточный стационар, тип дневного стационара, поликлиника, скорая медицинская помощь, вид
профилактической помощи)

Вид первичной медицинской документации, N _____

Дополнительно проверена документация _____

Период оказания медицинской помощи: с «___» _____ 201_ г. по «___» _____ 201_ г.

Диагноз основной _____

Сопутствующий диагноз _____

Выявленные дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской
помощи (в соответствии с Перечнем оснований для отказа (уменьшения) оплаты
медицинской помощи) _____

Код финансовых санкций _____

ЭКСПЕРТНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПРИЛАГАЕТСЯ

Стоимость медицинской помощи _____ руб.

ФИНАНСОВЫЕ САНКЦИИ:

Не подлежит оплате сумма _____ руб.

Штраф в сумме _____ руб.

Эксперт качества медицинской помощи _____
(подпись)

Специалист-эксперт
страховой медицинской организации
(ТФОМС Курганской области) _____ (Ф.И.О.)
(подпись)

Руководитель СМО/ТФ ОМС _____
(подпись, Ф.И.О., дата подписания)

М.П.

С актом экспертизы ознакомлен:

Руководитель медицинской организации _____ ».
(подпись, Ф.И.О., дата подписания)

М.П.

*акт составляется в двух экземплярах; при нарушении сроков рассмотрения, установленных приказом
ФОМС от 01.12.2010г №230 вступает в силу, заверенный в одностороннем порядке

Приложение 4
к приказу ТФ ОМС Курганской области
от 20.06.2016г. № 84-АВ
«О внесении изменений в приказ ТФ ОМС Курганской области от 04.02.2015г №9-АВ «О порядке организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Курганской области»
«Приложение 7 к приказу ТФ ОМС Курганской области от 04.02.2015г. №9-АВ «О порядке организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Курганской области»

Акт плановой экспертизы качества медицинской помощи*

№ _____ « ____ » _____ 201_ г.

Наименование проверяющей организации _____

Ф.И.О. эксперта качества медицинской помощи (или идентификационный номер) _____

Специальность эксперта _____

Вид экспертизы качества медицинской помощи (плановая, тематическая) _____

Цели экспертизы _____

Наименование медицинской организации, адрес _____

Вид медицинской помощи _____

(круглосуточный стационар, тип дневного стационара, поликлиника, скорая медицинская помощь, вид профилактической помощи)

Проверяемый период: с « ____ » _____ 20__ г. по « ____ » _____ 20__ г.

Даты проведения экспертизы: с « ____ » _____ 20__ г. по « ____ » _____ 20__ г.

Выявленные дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи и применяемые санкции:

N п/п	N полиса обязательного медицинского страхования	Вид, N медицинской документации	Даты мед. помощи		Стоимость мед. помощи	Код финансовых санкций	Сумма, не подлежащая оплате	Штраф в сумме
			начало	конец				
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								

Конкретизация нарушений по каждому случаю (на случаи, содержащие нарушения в оказании медицинской помощи, приведшие к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшие риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшие риск возникновения нового заболевания заполняются экспертные заключения):

1. _____

Всего проверено случаев оказания медицинской помощи: _____. Из них признано содержащими дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи: ____ (____%). Санкции налагаются по ____ случаям (____%).

ФИНАНСОВЫЕ САНКЦИИ:

Не подлежит оплате сумма _____ руб.

Штраф в сумме _____ руб.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: соответствие предоставленной застрахованным лицам медицинской помощи договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, сложившейся клинической практике; нарушения в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕСУРСОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Эксперт качества медицинской помощи: _____
(подпись)

Руководитель СМО/ТФ ОМС _____
(подпись, Ф.И.О., дата подписания)

М.П.

С актом экспертизы ознакомлен:

Руководитель медицинской организации _____».
(подпись, Ф.И.О., дата подписания)

М.П.

*акт составляется в двух экземплярах; при нарушении сроков рассмотрения, установленных приказом ФОМС от 01.12.2010г №230 вступает в силу, заверенный в одностороннем порядке