

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ
КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

г. Курган, ул. Советская, 81

ПРИКАЗ

от «26» 12 2016 года

№ 293

Об утверждении "Плана проведения проверок использования средств, полученных медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями, работающими в сфере обязательного медицинского страхования Курганской области на финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2017 г."

Во исполнение п.12 ч.7 ст.34 Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16.04.2012 г. № 73 "Об утверждении положений о контроле за деятельностью страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования территориальными фондами обязательного медицинского страхования"

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить "План проведения проверок использования средств, полученных медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями, работающими в сфере обязательного медицинского страхования Курганской области на финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2017 г." (Приложение 1).

2. Утвердить "Типовую программу комплексной проверки использования средств, полученных медицинскими организациями, работающими в сфере обязательного медицинского страхования Курганской области на финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования" (Приложение 2).

3. Утвердить "Типовую программу комплексной проверки использования средств, полученных страховыми медицинскими организациями, работающими в сфере обязательного медицинского страхования Курганской области на финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования" (Приложение 3).

4. Начальнику контрольно-ревизионного отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Курганской области (далее ТФ ОМС Курганской области) Костиной И.Г.:

- обеспечить выполнение "Плана проведения проверок использования средств, полученных медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями, работающими в сфере обязательного медицинского страхования Курганской области на финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2017 г.";

- не позднее 10 (десяти) рабочих дней после окончания проведения проверки представлять директору (заместителю директора) ТФ ОМС Курганской области служебную записку о результатах проверки (акты проверок);

- проводить анализ выявленных в ходе проверок недостатков и нарушений;

- обеспечить контроль за реализацией мероприятий по устранению нарушений, выявленных в ходе проверок.

5. Начальнику отдела бухгалтерского учета и отчетности ТФ ОМС Курганской области (Борисов В.П.), начальнику финансового отдела ТФ ОМС Курганской области (Высоких Т.А.), начальнику планово-экономического отдела ТФ ОМС Курганской области (Симонова Л.Ю.), начальнику отдела расчета тарифов (Гладышева В.А.) предоставлять информацию, необходимую для проведения проверок и оказывать содействие в проведении проверок.

6. Отдел организации ОМС и защиты прав застрахованных ТФ ОМС Курганской области (Мягкая М.П.), отдел взаимодействия субъектов и участников системы ОМС ТФ ОМС Курганской области (Пузырева О.Н.), отдел защиты информации ТФ ОМС Курганской области (Гужев К.В.) принимают участие в проверках согласно программ проверок по компетенции отдела.

7. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора по организации ОМС Вебера Э.Е.

Директор
ТФ ОМС Курганской области



С.И. Сахатский

С приказом ознакомлены:

Борисов В.П.

Вебер Э.Е.

Высоких Т.А.

Гладышева В.А.

Гужев К.В.

Костина И.Г.

Мягкая М.П.

Пузырева О.Н.

Симонова Л.Ю.

План проведения проверок использования средств, полученных медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями, работающими в сфере обязательного медицинского страхования Курганской области на финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2017 г.

№ п/п	Наименование медицинской организации	Вид проверки	Проверяемый период
1 квартал			
1	ГБУ "Курганская поликлиника N 3"	Комплексная	01.01.2015 г. - 01.01.2017 г.
2	ГБУ "Курганская поликлиника N 4"	Комплексная	01.01.2015 г. - 01.01.2017 г.
3	ГБУ "Курганская детская стоматологическая поликлиника"	Комплексная	01.01.2015 г. - 01.01.2017 г.
4	МАУЗ города Кургана "Курганская городская стоматологическая поликлиника"	Комплексная	01.01.2015 г. - 01.01.2017 г.
5	ФГБУ "Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" имени академика Г.И.Илизарова" Минздрава РФ	Тематическая (ВМП)	01.01.2016 г. - 01.01.2017 г.
6	ГБУ "Мокроусовская центральная районная больница"	Комплексная	01.01.2015 г. - 01.01.2017 г.
7	Филиал СМК "АСТРАМЕД-МС" (АО) в г.Курган	Комплексная	01.01.2016 г. - 01.01.2017 г.
8	ГБУ "Курганский областной онкологический диспансер"	Комплексная	01.01.2015 г. - 01.01.2017 г.
Итого проверок в 1 квартале			8
2 квартал			
9	ФКУЗ "Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Курганской области"	Комплексная	01.01.2015 г. - 01.01.2017 г.
10	Департамент здравоохранения Курганской области	Тематическая	01.01.2015 г. - 01.01.2017 г.
11	Филиал ООО "Росгосстрах-Медицина"- Росгосстрах-Курган-Медицина"	Комплексная	01.01.2016 г. - 01.01.2017 г.
12	Открытое акционерное общество "Курганский машиностроительный завод"	Комплексная	01.01.2015 г. - 01.01.2017 г.
13	ГБУ "Шадринская городская больница"	Комплексная	01.01.2015 г. - 01.01.2017 г.
14	ГБУ "Курганская областная клиническая больница"	Комплексная	01.01.2016 г. - 01.01.2017 г.
15	ГБУ "Шадринская детская больница"	Комплексная	01.01.2015 г. - 01.01.2017 г.
16	ГБУ "Шадринская больница скорой медицинской помощи"	Комплексная	01.01.2015 г. - 01.01.2017 г.
17	ГБУ "Шадринская центральная районная больница"	Комплексная	01.01.2015 г. - 01.01.2017 г.
Итого проверок во 2 квартале			9
3 квартал			

18	ГБУ "Петуховская центральная районная больница"	Комплексная	01.01.2015 г. - 01.01.2017 г.
19	ГБУ "Частоозерская центральная районная больница"	Комплексная	01.01.2015 г. - 01.01.2017 г.
20	ГБУ "Мишкинская центральная районная больница"	Комплексная	01.01.2015 г. - 01.01.2017 г.
21	ГБУ "Макушинская центральная районная больница"	Комплексная	01.01.2015 г. - 01.01.2017 г.
22	Федеральное государственное бюджетное учреждение "НИИ ОММ" Минздрава России	Комплексная	01.01.2014 г. - 01.01.2017 г.
Итого проверок в 3 квартале			5
4 квартал			
23	ГБУ "Варгашинская центральная районная больница"	Комплексная	01.01.2015 г. - 01.01.2017 г.
24	НУЗ "Отделенческая больница на станции Курган открытого акционерного общества "Российские железные дороги"	Комплексная	01.01.2015 г. - 01.01.2017 г.
25	ГБУ "Курганская больница N 1"	Комплексная	01.01.2015 г. - 01.01.2017 г.
26	ГБУ "Курганская больница N 2"	Комплексная	01.01.2015 г. - 01.01.2017 г.
27	ГБУ "Курганский областной госпиталь для ветеранов войн"	Комплексная	01.01.2015 г. - 01.01.2017 г.
28	ГБУ "Курганская больница N 5"	Комплексная	01.01.2015 г. - 01.01.2017 г.
29	ГБУ "Катайская центральная районная больница"	Комплексная	01.01.2015 г. - 01.01.2017 г.
30	ГБУ "Шадринская стоматологическая поликлиника"	Комплексная	01.01.2015 г. - 01.01.2017 г.
Итого проверок в 4 квартале			6
Всего проверок в 2017 г.			30

"Об утверждении "Плана проведения проверок использования средств, полученных медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями, работающими в сфере обязательного медицинского страхования Курганской области на финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2017 г."

ТИПОВАЯ ПРОГРАММА

комплексной проверки использования средств, полученных медицинскими организациями, работающими в сфере обязательного медицинского страхования Курганской области на финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования

1. Проверка обоснованности получения средств медицинской организацией на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в том числе проверяется:

- наличие лицензии медицинской организации на право осуществления ею определенных видов медицинской деятельности, сроки ее действия и виды медицинской помощи и услуг, указанные в лицензии и сертификатах аккредитации, и фактически оказываемые виды медицинской помощи по данным статистической документации и сводных учетных документов, составленных на основании счетов, предъявляемых медицинской организацией на оплату за оказанную медицинскую помощь;
- задание по обеспечению государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и его выполнение;
- соответствие размера полученных средств на оплату медицинской помощи стоимости оказанной медицинской помощи в представленных медицинской организацией реестрах счетов и счетах на оплату медицинской помощи (с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию);
- правильность составления заявок на авансирование медицинской помощи, в соответствии с условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и своевременность направления указанных заявок;
- правильность и своевременность представления медицинской организацией в страховые медицинские организации реестра счетов и счета на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;
- наличие актов сверки расчетов между медицинской организацией и страховыми медицинскими организациями (согласно форме Типового договора по обязательному медицинскому страхованию на оказание и оплату медицинской помощи, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2012 N 1355н, сверка расчетов страховой медицинской организацией и медицинской организацией проводится ежемесячно на 1 число месяца, следующего за отчетным, а также ежегодно по состоянию на конец финансового года, по результатам которой составляется акт о принятии к оплате оказанной медицинской помощи, подтверждающий сумму окончательного расчета между сторонами);
- наличие, продолжительность и размеры дебиторской и кредиторской задолженности по оплате медицинской помощи, причины задолженности;
- наличие и обоснованность претензий медицинской организации к страховым медицинским организациям в части осуществления оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;
- наличие претензий и (или) исков страховых медицинских организаций к медицинской организации в целях возмещения вреда, причиненного застрахованному лицу, и примененных к медицинской организации санкций.

Проверка проводится контрольно-ревизионным отделом.

2. Соблюдение обязательства медицинской организации по использованию средств обязательного медицинского страхования, полученных за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, в том числе:

1) по видам медицинской помощи;

2) по структуре тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе:

осуществления расходов на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда: правильность начисления и выплаты заработной платы в соответствии с установленными ставками, должностными окладами и фактически отработанным временем, обоснованность выплат различных надбавок и доплат за совмещение профессий и должностей и т.д. (проверяются все документы, подтверждающие обоснованность производимых выплат: штатное расписание, тарификационные списки, документы, подтверждающие квалификацию специалистов, графики работы структурных подразделений и сотрудников, приказы по личному составу, трудовые соглашения, коллективный договор, положение об оплате труда и другие локальные нормативные документы, регламентирующие начисление различных доплат и выплат и т.д.), проверка первичных бухгалтерских документов по расходованию средств обязательного медицинского страхования на выплаты (заработная плата, премии, доплаты, поощрения, материальная помощь), уплату налогов и страховых взносов, установленных законодательством Российской Федерации. При проверке отражаются случаи расходования средств обязательного медицинского страхования на выплаты (заработная плата, премии, доплаты, поощрения, материальная помощь) лицам, не участвующим в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

осуществления расходов в соответствии с составом тарифа, утвержденного тарифным соглашением по оплате медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования Курганской области и в соответствии с утвержденной сметой расходов на проверяемый год;

Проверка использования средств на указанные цели осуществляется путем проверки первичных документов, подтверждающих законность проведения банковских операций, включая договоры поставки лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов.

Проверяется:

обоснованность цен при закупках товаров (работ, услуг) за счет средств обязательного медицинского страхования;

соблюдение сроков поставки и оплаты, соответствие сумм, указанных в договорах, фактически произведенным расходам;

своевременность, полнота и правильность оприходования лекарственных средств и расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов;

сохранность, учет и списание лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов;

наличие отдельного учета медикаментов, приобретаемых за счет средств обязательного медицинского страхования и за счет средств, поступающих в медицинскую организацию из других источников.

Проводится анализ закупленных лекарственных средств (отражается наличие лекарственных средств с истекшим сроком годности).

Изучаются:

наличие в учетной политике порядка проведения внутреннего контроля, материалы инвентаризации имущества и финансовых обязательств, проведенной медицинской организацией (при проведении проверки может быть проведена выборочная инвентаризация основных средств, лекарственных средств и расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, приобретенных за счет средств обязательного медицинского страхования);

наличие, продолжительность и размеры дебиторской и кредиторской задолженности с поставщиками товаров и услуг за счет средств обязательного медицинского страхования, своевременность взыскания дебиторской задолженности и погашения кредиторской задолженности, проведения взаимных сверок в расчетах с поставщиками, правильность ведения учета этих расчетов, своевременности взыскания сумм выявленных недостач и хищений денежных средств обязательного медицинского страхования, материальных ценностей, приобретенных за счет средств обязательного медицинского страхования, а также потерь от порчи этих ценностей, отнесенных за счет виновных лиц.

При проведении проверки использования средств обязательного медицинского страхования:

проверяется правильность отражения в регистрах бухгалтерского учета операций по средствам обязательного медицинского страхования, правильность отражения доходов и расходов согласно действующей бюджетной классификации, соблюдение порядка ведения кассовых операций и учета наличных денежных средств (в части средств обязательного медицинского страхования), своевременность оприходования наличных денежных средств обязательного медицинского страхования, поступающих из банка и других источников, а также их целевое использование, наличие оправдательных документов и достоверность содержащихся в них данных, являющихся основанием для списания расходов по кассе, законность произведенных расходов в части средств обязательного медицинского страхования, обеспечение сохранности денежных средств.

Проверка проводится контрольно-ревизионным отделом.

В части лекарственных средств и расходных материалов: обоснованности цен, своевременность, полнота и правильность оприходования, сохранность, учет и списание, наличие отдельного учета медикаментов, приобретаемых за счет средств обязательного медицинского страхования и за счет средств, поступающих в медицинскую организацию из других источников, проводится анализ закупленных лекарственных средств (отражается наличие лекарственных средств с истекшим сроком годности) - проверка проводится отделом взаимодействия субъектов и участников системы ОМС.

3. Проверка наличия и достоверности данных персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам.

Проверяется соответствие фактических сроков оказания медицинской помощи, объемов медицинских услуг, предъявленных к оплате и передаваемых медицинской организацией в территориальный фонд и страховые медицинские организации, записям в первичной учетно-отчетной медицинской документации.

При условии проведения медицинской организацией диспансеризации определенных групп взрослого населения, диспансеризации, пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (далее диспансеризация) проводится проверка полноты объема проведенной диспансеризации (законченный случай), правильности оформления медицинской документации, соблюдения алгоритма осмотра врачами-специалистами.

Проверка проводится отделом организации ОМС и защиты прав застрахованных.

4. Проводится проверка достоверности и своевременности представления отчетов медицинской организацией об использовании средств обязательного медицинского страхования по установленным формам.

Проверка проводится контрольно-ревизионным отделом.

5. Проводится проверка исполнения мероприятий по устранению нарушений и недостатков, выявленных предыдущими проверками, в том числе соблюдение сроков возврата (возмещения) медицинской организацией средств, использованных не по целевому назначению, в бюджет территориального фонда и (или) уплаты штрафных санкций по результатам проверок, ранее проведенных территориальным фондом (при наличии).

Проверка проводится контрольно-ревизионным отделом.

<p>Отдел организации ОМС и ЗПЗ</p>	<p>4. Проверка соблюдения порядка выдачи полиса обязательного медицинского страхования застрахованному лицу (в том числе в пунктах выдачи полисов обязательного медицинского страхования), установленного Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 N 158н (далее - Правила обязательного медицинского страхования), в том числе проверяются:</p> <ul style="list-style-type: none"> - заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации; - доверенности от представителя застрахованного лица; - соблюдение страховой медицинской организацией требований, установленных главой II Правил обязательного медицинского страхования, при подаче заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации застрахованным лицом; - соблюдение порядка выдачи полиса обязательного медицинского страхования (далее - полис) либо временного свидетельства застрахованному лицу, установленного главой IV Правил обязательного медицинского страхования; - своевременность выдачи застрахованному лицу или его представителю временного свидетельства, подтверждающего оформление полиса и удостоверяющего право на бесплатное оказание застрахованному лицу медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая; - осуществление информирования застрахованных лиц о сроках оформления и выдачи полисов в целях обеспечения своевременной выдачи полисов; - своевременность выдачи полиса застрахованному лицу (в срок, установленный пунктом 50 Правил обязательного медицинского страхования, не превышающий срока действия временного свидетельства) и причины несоблюдения сроков выдачи; - соблюдение сроков и порядка информирования граждан о факте страхования и необходимости получения полиса - для граждан, сведения о которых получены страховой медицинской организацией от территориального фонда в соответствии с частью 6 статьи 16 Федерального закона N 326-ФЗ; - соблюдение сроков передачи информации о застрахованном лице, подавшем заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации, в территориальный фонд и сроков проверки на наличие у застрахованного лица действующего полиса в региональном сегменте
--	--

	<p>единого регистра застрахованных лиц;</p> <ul style="list-style-type: none"> - информация о численности застрахованных лиц страховой медицинской организацией в Курганской области, динамика ее изменения; - наличие актов сверки с территориальным фондом данных о численности застрахованных лиц на первое число каждого месяца, достоверность указанных данных о численности застрахованных лиц; - достоверность данных о численности застрахованных лиц, используемой страховой медицинской организацией при составлении заявок на получение средств от территориального фонда. - соблюдение требований порядка ведения персонализированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25.01.2011 N 29н "Об утверждении Порядка ведения персонализированного учета в сфере обязательного медицинского страхования" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 08.02.2011, регистрационный N 19742), в том числе наличие приказа, определяющего работников страховой медицинской организации, допущенных к работе с региональным сегментом единого регистра застрахованных лиц, соблюдение сроков передачи данных о застрахованных лицах и сведений об изменениях в этих данных в территориальный фонд, достоверность сведений, внесенных страховой медицинской организацией в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц. <p>5. Проверка осуществления страховой медицинской организацией сбора и обработки данных персонализированного учета сведений о застрахованных лицах и персонализированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, обеспечения их сохранности и конфиденциальности, осуществления обмена указанными сведениями между участниками обязательного медицинского страхования в соответствии с Федеральным законом N 326-ФЗ и письмом ФОМС от 10.01.2013г. № 49/90-и :</p> <ul style="list-style-type: none"> - документ, определяющий политику СМО в отношении обработки персональных данных; - опубликование или иное обеспечение неограниченного доступа к документу, определяющему политику СМО в отношении обработки персональных данных, к сведениям о реализуемых требованиях к защите персональных данных; - ознакомление работников СМО, непосредственно осуществляющих обработку персональных данных, с положениями законодательства Российской Федерации о персональных данных, в том числе 	<p>Отдел защиты информации</p>
--	--	--

	<p>требованиями к защите персональных данных, документами, определяющими политику СМО в отношении обработки персональных данных, локальными актами по вопросам обработки персональных данных, и (или) обучение указанных работников;</p> <ul style="list-style-type: none"> - регистрационный номер в Реестре операторов, осуществляющих обработку персональных данных; - назначение лица, ответственного за организацию обработки персональных данных; - назначение должностного лица (работника), ответственного за обеспечение безопасности персональных данных в информационной системе; - определение угроз безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных; - утверждение руководителем документа, определяющего перечень лиц, доступ к которым к персональным данным, обрабатываемым в информационной системе, необходим для выполнения ими служебных (трудовых) обязанностей, в т.ч. наличие приказов, определяющих работников, допущенных к работе с региональным сегментом единого регистра застрахованных лиц, и определяющих работников, допущенных к работе со сведениями персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам; - использование средств защиты информации, прошедших процедуру оценки соответствия требованиям законодательства Российской Федерации в области обеспечения безопасности информации; - учет машинных носителей персональных данных; - обнаружение фактов несанкционированного доступа к персональным данным и принятие мер; - установление правил доступа к персональным данным, обрабатываемым в информационной системе персональных данных, а также обеспечением регистрации и учета всех действий, совершаемых с персональными данными в информационной системе персональных данных; - контроль за принимаемыми мерами по обеспечению безопасности персональных данных и уровня защищенности информационных систем персональных данных; - осуществление обмена данными между медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом в целях ведения персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в электронном виде по выделенным или открытым каналам связи, включая сеть Интернет, с использованием шифрованных средств защиты информации в
--	--

	<p>медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию с медицинской организацией, включенной в реестр медицинских организаций;</p> <ul style="list-style-type: none"> - расчетные счета страховой медицинской организации (в том числе проверяется договор с банком на расчетно-кассовое обслуживание) и учет денежных средств обязательного медицинского страхования на счетах; - проверка использования целевых средств осуществляется путем проверки банковских операций страховой медицинской организации и реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи (с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию); - соблюдение требования раздельного учета операций по добровольному и обязательному медицинскому страхованию; - наличие остатков средств обязательного медицинского страхования на дату начала и окончания проверяемого периода, а также на дату начала проведения проверки; - своевременность предоставления страховой медицинской организацией в территориальный фонд заявок на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи и заявок на получение целевых средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь; - правильность составления заявок на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи и на получение целевых средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь (с учетом авансов медицинских организаций, не подтвержденных реестрами счетов за предыдущий месяц) и направление целевых средств в медицинские организации, в том числе с целью исключения фактов завышения сумм средств в заявке на получение средств от территориального фонда и фактов необоснованного получения средств по указанной заявке вследствие недостоверных данных о численности застрахованных лиц данной страховой медицинской организацией; - правильность формирования целевых средств на оплату медицинской помощи за счет средств, поступивших из территориального фонда на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования, средств, поступивших из медицинских организаций в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в сфере обязательного медицинского
--	--

	<p>страхования (проверка формирования целевых средств осуществляется на основании проверки банковских операций страховой медицинской организации);</p> <ul style="list-style-type: none"> - правильность формирования собственных средств в сфере обязательного медицинского страхования из источников, предусмотренных Федеральным законом N 326-ФЗ, в соответствии с требованиями, установленными Типовым договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования; - наличие раздельного учета собственных средств и целевых средств на оплату медицинской помощи; - использование целевых средств, полученных в проверяемом периоде, наличие остатков целевых средств на оплату медицинской помощи ; - соответствие произведенной оплаты медицинской помощи страховой медицинской организацией оказанной медицинской помощи в представленных медицинской организацией реестрах счетов и счетах на оплату медицинской помощи (с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию); - выполнение страховой медицинской организацией условий договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в части соблюдения сроков перечисления средств медицинской организации; - своевременность направления страховой медицинской организацией полученных средств нормированного страхового запаса территориального фонда на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования; - соответствие данных, содержащихся в актах сверки расчетов между территориальным фондом и страховыми медицинскими организациями (сверка расчетов проводится ежемесячно), данным бухгалтерского учета страховой медицинской организации; - своевременность оплаты медицинским организациям медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию; - наличие задолженности страховой медицинской организации перед медицинскими организациями и выявление ее причин наличие и обоснованность претензий медицинских организаций к страховой медицинской организации; - наличие актов сверки расчетов между страховой медицинской
--	--

<p>II</p>	<p>Организация и проведение контроля страховой медицинской организацией объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому</p>	<p>организацией и медицинскими организациями;</p> <p>своевременность и полнота возврата остатка целевых средств в территориальный фонд после завершения расчетов с медицинскими организациями за отчетный месяц;</p> <ul style="list-style-type: none"> - соблюдение сроков возврата (возмещения) страховой медицинской организацией средств обязательного медицинского страхования, использованных не по целевому назначению, в бюджет территориального фонда и уплаты штрафных санкций по результатам проверок, ранее проведенных территориальным фондом (при наличии); - наличие исков по возмещению расходов на оказание медицинской помощи вследствие причинения вреда здоровью застрахованного лица (регрессных исков) (за исключением случаев причинения вреда вследствие тяжелого несчастного случая на производстве) при наличии информации у страховой медицинской организации; - обоснованность обращений страховой медицинской организации в территориальный фонд за предоставлением целевых средств сверх установленного объема средств на оплату медицинской помощи для данной страховой медицинской организации из нормированного страхового запаса территориального фонда; - достоверность отчета страховой медицинской организации об использовании целевых средств, представляемого в территориальный фонд одновременно с обращением за предоставлением целевых средств сверх установленного объема средств на оплату медицинской помощи для данной страховой медицинской организации из нормированного страхового запаса территориального фонда; - достоверность и своевременность представления в территориальный фонд отчетов о деятельности страховой медицинской организации в сфере обязательного медицинского страхования и отчетов о поступлении и расходовании средств обязательного медицинского страхования страховыми медицинскими организациями. <p>1. Соблюдения страховой медицинской организацией правил и процедуры организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленных приказом Федерального фонда от 01.12.2010 N 230 "Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию". При выявлении нарушений проводится</p>	<p>Отдел организации ОМС и ЗПЗ</p>
-----------	--	---	--

<p>страхованию</p>	<p>медико-экономический контроль, медико-экономическая экспертиза, экспертиза качества медицинской помощи, в том числе повторно.</p> <p>2. При проверке, в том числе, отражаются факты оплаты медицинской помощи по счетам и реестрам счетов с нарушениями в их оформлении и предъявлении на оплату медицинскими организациями согласно разделу 5 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющегося приложением 8 к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденному приказом Федерального фонда N 230, и на оплату медицинской помощи при взимании платы с застрахованных лиц (в рамках добровольного медицинского страхования или в виде оказания платных услуг) за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.</p> <p>3. Соответствия состава экспертов качества медицинской помощи страховой медицинской организации требованиям Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и 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", утвержденном приказом Федерального фонда от 13.12.2011 N 230 "Об утверждении Порядка ведения территориального реестра экспертов качества медицинской помощи территориального страхования и размещения его на официальном сайте территориального фонда обязательного медицинского страхования в сети "Интернет".</p> <p>4. Проведение экспертной работы, в том числе проверяется:</p> <ul style="list-style-type: none"> - соблюдение сроков проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, установленных Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи; - выполнение объемов медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, установленных Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи; 	<p>Отдел организации ОМС и ЗПЗ</p>
	<p>Отдел организации ОМС и ЗПЗ</p>	<p>Отдел ОМС и ЗПЗ</p>

<p>III</p>	<p>Деятельность страховой медицинской организации по защите прав и законных интересов застрахованных лиц, по рассмотрению обращений и жалоб граждан (застрахованных лиц).</p>	<p>- Достоверность и своевременность представления отчетов о результатах контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.</p> <p>- При проверке экспертной работы страховой медицинской организации в том числе отражается:</p> <p>- наличие необоснованного снятия с медицинских организаций денежных средств по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования;</p> <p>- наличие не выявленных дефектов оказания медицинской помощи;</p> <p>- неприменение к медицинским организациям штрафных санкций по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи при наличии оснований для их применения;</p> <p>- наличие претензий от медицинских организаций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, проводимого страховой медицинской организацией.</p> <p>1. Проверка деятельности страховой медицинской организации по защите прав и законных интересов застрахованных лиц, по рассмотрению обращений и жалоб граждан (застрахованных лиц) :</p> <p>- порядок обслуживания лиц с ограниченными возможностями, в том числе инвалидов;</p> <p>- работа с обращениями граждан на соответствие Федеральному закону от 02.05.2006 N 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации" и иным нормативным правовым актам, регламентирующим работу с обращениями граждан;</p> <p>- прием, учет (регистрация) поступающих обращений (жалоб, заявлений) застрахованных лиц, в том числе о выборе врача и медицинской организации, об объеме и качестве медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, и др.;</p> <p>- своевременность рассмотрения и обоснованность принимаемых по обращениям решений. При проверке отражаются факты нарушения сроков рассмотрения обращений застрахованных лиц, недоведения до заявителя результатов рассмотрения обращений (жалоб, заявлений) или экспертизы качества медицинской помощи;</p> <p>- завершенность рассмотрения обращения (заявлений, жалоб);</p> <p>- учет проведенных плановых и внеплановых экспертиз качества медицинской помощи, в т.ч. повторных при несогласии медицинских</p>	<p>Отдел ОМС и ЗПЗ</p>
------------	--	--	------------------------

	<p>IV</p> <p>Размещение страховыми медицинскими организациями информации</p>	<p>организаций;</p> <ul style="list-style-type: none"> - наличие отказов в проведении экспертизы качества медицинской помощи по жалобе застрахованного лица и их причин; - учет случаев досудебного и судебного разрешения спорных вопросов и конфликтных ситуаций при участии страховой медицинской организации, возникающих между медицинскими организациями и пациентами; - наличие информации о согласии гражданина или его законного представителя на урегулирование конфликтной ситуации в досудебном порядке, предлагаемое медицинской организацией или страховой медицинской организацией; - организация и проведение страховой медицинской организацией мероприятий, направленных на изучение удовлетворенности граждан качеством оказанной медицинской помощи; - наличие в страховой медицинской организации анализа результатов социологических опросов (анкетирования) об удовлетворенности застрахованных лиц доступностью и качеством медицинской помощи; - наличие анализа проведенной работы страховой медицинской организацией с обращениями граждан и принятых мер, направленных на предупреждение возникновения жалоб; - достоверность и своевременность представления отчетов об организации защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования. <p>1. Проверка выполнения требований к размещению страховыми медицинскими организациями информации:</p> <ul style="list-style-type: none"> - наличие собственного официального сайта страховой медицинской организации в сети "Интернет". Соблюдение требований к размещению страховыми медицинскими организациями информации, установленных главой XIII Правил обязательного медицинского страхования. Соответствие информации, размещенной на официальном сайте страховой медицинской организации в сети "Интернет", законодательным и иным нормативным правовым актам; - обеспечение информирования застрахованных лиц о видах, качестве и условиях предоставления им медицинской помощи медицинскими организациями, выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи, праве на выбор медицинской организации, необходимости обращения за получением полиса обязательного медицинского страхования, а также об обязанностях застрахованных лиц в соответствии с Федеральным законом N 326-ФЗ; наличие 	<p>Отдел ОМС и ЗПЗ</p>
--	--	---	------------------------

информационных стендов (плакатов) в пунктах выдачи полисов обязательного медицинского страхования;

- обеспечение предоставления информации застрахованным лицам, задавшим вопрос, в том числе по электронной почте или на официальном сайте в информационно-коммуникационной сети "Интернет" в режиме "вопрос-ответ".