

Приложение к приказу
ТФ ОМС Курганской области
от «02» 02 2017 г. № 22

«О внесении изменений в приказ
ТФ ОМС Курганской области от 26 декабря 2016 г. № 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 год»

Приложение 3 к приказу
ТФ ОМС Курганской области
от 26 декабря 2016 г. № 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."

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

№ п/п	Основные направления и разделы деятельности страховых медицинских организаций, подлежащих проверке	Мероприятия, осуществляемые при проверке	Ответственные исполнители
I	Организация и проведение	1. Проверка учредительных документов страховой медицинской организации,	Контрольно-

<p>обязательного медицинского страхования в страховых медицинских организациях</p>	<p>изменений и дополнений к ним, доверенности, выданной руководителю филиала страховой медицинской организации, срока ее действия (в случае проведения проверки деятельности филиала страховой медицинской организации); лицензии страховой медицинской организации на проведение обязательного медицинского страхования, даты ее выдачи федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности (рассматривается оригинал или надлежаще заверенная копия).</p> <p>2. Проверка соблюдения страховой медицинской организацией норм части 3 статьи 14 Федерального закона N 326-ФЗ (отсутствие иной деятельности страховой медицинской организации, кроме деятельности по обязательному и добровольному медицинскому страхованию).</p> <p>3. Проверка соответствия документов страховой медицинской организации сведениям, содержащимся в реестре страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации.</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 	<p>ревизионный отдел</p> <p>Контрольно-ревизионный отдел</p> <p>Контрольно-ревизионный отдел</p> <p>Отдел организации ОМС и ЗПЗ</p>
---	---	---

		<p>оформления и выдачи полисов в целях обеспечения своевременной выдачи полисов;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 единого регистра застрахованных лиц; - 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</p>

		<p>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 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; - 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 которых 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 персонализированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам; - использование средств защиты информации, прошедших процедуру оценки соответствия требованиям законодательства Российской Федерации в области обеспечения безопасности информации; 	Отдел информации защиты
--	--	---	-------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> - 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 соответствии с установленными законодательством Российской Федерации требованиями. <p>6. Проверка ведения учета бланков временных свидетельств и полисов обязательного медицинского страхования как бланков строгой отчетности, в том числе проверяется:</p> <ul style="list-style-type: none"> - наличие аналитического учета по каждому виду бланков строгой отчетности и местам их хранения; - выполнение требований к обеспечению сохранности бланков временных свидетельств и полисов обязательного медицинского страхования, как бланков строгой отчетности, в том числе в пунктах выдачи полисов обязательного медицинского страхования; - наличие приказа страховой медицинской организации, согласованного с территориальным фондом, о создании комиссии по списанию и уничтожению полисов и временных свидетельств; - соблюдение сроков проведения инвентаризации, установленных учетной политикой страховой медицинской организации (в ходе проверки может быть проведена инвентаризация или выборочная инвентаризация полисов и бланков временных свидетельств, в том числе в пунктах выдачи полисов обязательного медицинского страхования). <p>7. Проверка осуществления оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в том числе проверяются:</p> <ul style="list-style-type: none"> - договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию; 	Контрольно-ревизионный отдел
		Контрольно-ревизионный отдел

		<ul style="list-style-type: none"> - соблюдение страховой медицинской организацией нормы части 1 статьи 39 Федерального закона N 326-ФЗ (заключение договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию с медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Курганской области (далее - реестр медицинских организаций); - соответствие заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию форме типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2012 N 1355н (далее - Типовой договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию); - наличие отказов в заключении договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию с медицинской организацией, включенной в реестр медицинских организаций; - 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 представления 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
--	--	--

		<p>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;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 страхования (проверка формирования целевых средств осуществляется на основании проверки банковских операций страховой медицинской организации); - 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 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); - 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
--	--	--

		<p>обязательного медицинского страхования;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 организацией и медицинскими организациями; - своевременность и полнота возврата остатка целевых средств в территориальный фонд после завершения расчетов с медицинскими организациями за отчетный месяц; - 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 предоставления в территориальный
--	--	--

<p>II</p> <p>Организация и проведение контроля страховой медицинской организацией объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию</p>	<p>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> <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 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 территориальным фондом обязательного медицинского страхования и размещения его на официальном сайте территориального фонда обязательного</p>	<p>Отдел организации ОМС и ЗПЗ</p> <p>Отдел организации ОМС и ЗПЗ</p> <p>Отдел организации ОМС и ЗПЗ</p>
---	--	--

III	<p>Деятельность страховой медицинской организации по защите прав и законных интересов застрахованных лиц, по рассмотрению обращений и жалоб</p>	<p>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; - достоверность и своевременность представления отчетов о результатах контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. - При проверке экспертной работы страховой медицинской организации в том числе отражается: - 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; - наличие не выявленных дефектов оказания медицинской помощи; - неприменение к медицинским организациям штрафных санкций по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи при наличии оснований для их применения; - наличие претензий от медицинских организаций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, проводимого страховой медицинской организацией. <p>1. Проверка деятельности страховой медицинской организации по защите прав и законных интересов застрахованных лиц, по рассмотрению обращений и жалоб граждан (застрахованных лиц) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - порядок обслуживания лиц с ограниченными возможностями, в том числе инвалидов; - 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; - прием, учет (регистрация) поступающих обращений (жалоб, заявлений) 	<p>Отдел ОМС и ЗПЗ</p>
-----	--	--	------------------------

	граждан (застрахованных лиц).	<p>застрахованных лиц, в том числе о выборе врача и медицинской организации, об объеме и качестве медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, и др.;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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; - завершенность рассмотрения обращения (заявления, жалоб); - учет проведенных плановых и внеплановых экспертиз качества медицинской помощи, в т.ч. повторных при несогласии медицинских организаций; - 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,
--	-------------------------------	---

IV	Размещение страховыми медицинскими организациями информации	<p>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;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 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". <ol style="list-style-type: none"> 1. Проверка организации работы страховых представителей: <ul style="list-style-type: none"> - наличие в СМО страховых представителей 1 уровня, 2 уровня, 3 уровня (количество, списки, документы об обучении); - наличие планов СМО по обучению страховых представителей на момент проверки. 2. Проверка организации работы контакт-центра СМО: <ul style="list-style-type: none"> - наличие и содержание типовых сценариев ответов на вопросы для страховых представителей первого уровня; - ведение электронного журнала контакт-центра, своевременность и полнота внесения информации по обращениям, своевременность рассмотрения обращений застрахованных. 3. Проводится проверка организации работы страховых представителей 2 уровня в медицинских организациях: <ul style="list-style-type: none"> - количество застрахованных на одного страхового представителя второго уровня; - закрепление страховых представителей за застрахованными. - организация работы со списками лиц, подлежащих диспансеризации на момент проверки; - контроль прохождения диспансеризации застрахованными лицами. 	Отдел ОМС и ЗПЗ
V	Организация работ страховых представителей		Отдел ОМС и ЗПЗ

		<p>4. Проверка информационного сопровождения застрахованных лиц при оказании им специализированной медицинской помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проведение мониторинга очередности и доступности специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, своевременности и доступности плановой госпитализации. - проведение тематических экспертиз по соблюдению сроков ожидания плановой госпитализации. <p>5. Проверка организации информирования застрахованных:</p> <ul style="list-style-type: none"> - наличие заключённых договоров с почтовыми службами, мобильными операторами связи, анализ их фактического исполнения; - информационные материалы, их размещение в Интернете, на телевидении, в печатных СМИ; - информирование застрахованных о возможности прохождения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров. 	
--	--	---	--