

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ
КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

г. Курган, ул. Советская, 81

ПРИКАЗ

от «26» декабря 2019 года

№ 334

**О проведении в 2020 году 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**

Во исполнение пункта 12 части 7 статьи 34 Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», положений о контроле за деятельностью страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования территориальными фондами обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16.04.2012 г. № 73

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить План проведения в 2020 году 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 (далее План проведения проверок) согласно приложению 1 к настоящему приказу.

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 согласно приложению 2 к настоящему приказу.

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 согласно приложению 3 к настоящему приказу.

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, не позднее 10 (десяти) рабочих дней после окончания проведения проверки представлять директору служебную записку о результатах проверки и (или) 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 (Михайлова Н.А.), начальнику финансового отдела ТФ ОМС Курганской области (Севастьянова Г.М.), 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 (Колташова Т.Ю.), 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 оставляю за собой.

Директор
ТФ ОМС Курганской области



С.И. Сахатский

С приказом ознакомлены:

Голявинская Л.П.

Мягкая М.П.

Гладышева В.А.

Гужев К.В.

Костина И.Г.

Колташова Т.Ю.

Михайлова Н.А.

Пузырева О.Н.

Симонова Л.Ю.

Севастьянова Г.М.

Шишкеедова Е.А.

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

"О проведении в 2020 году проверок использования средств, полученных медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями, работающими в сфере обязательного медицинского страхования Курганской области, на обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования"

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 2020 г.

№ п/п	Наименование проверяемого учреждения	Вид проверки	Проверяемый период
1 квартал 2020 года			
1	ООО "МАСТЕРСЛУХ"	комплексная	01.01.2018 г. - 01.01.2020 г.
2	ЛДЦ МИБС	комплексная	01.01.2018 г. - 01.01.2020 г.
3	ООО "Здоровье"	комплексная	01.01.2018 г. - 01.01.2020 г.
4	ГБУ "Белозерская ЦРБ"	комплексная	01.01.2018 г. - 01.01.2020 г.
5	ГБУ "Кетовская ЦРБ"	комплексная	01.01.2018 г. - 01.01.2020 г.
6	ЗАО "Центр семейной медицины"	комплексная	01.01.2018 г. - 01.01.2020 г.
7	ГБУ "Курганский областной перинатальный центр"	комплексная	01.01.2018 г. - 01.01.2020 г.
Итого за 1 квартал			7
2 квартал 2020 года			
8	Филиал СМК "АСТРАМЕД-МС" (АО) в г.Курган	комплексная	01.01.2019 г. - 01.01.2020 г.
9	Филиал ООО "Капитал МС" в Курганской области	комплексная	01.01.2019 г. - 01.01.2020 г.
10	ГБУ "Глядянская ЦРБ"	комплексная	01.01.2018 г. - 01.01.2020 г.
11	ГБУ "Звериноголовская ЦРБ"	комплексная	01.01.2018 г. - 01.01.2020 г.
12	ГБУ "Лебяжьевская ЦРБ"	комплексная	01.01.2018 г. - 01.01.2020 г.
13	ГБУ "Курганская областная специализированная инфекционная больница"	комплексная	01.01.2018 г. - 01.01.2020 г.
14	ГБУ "Курганский областной кожно-венерологический диспансер"	комплексная	01.01.2018 г. - 01.01.2020 г.
Итого за 2 квартал			7
3 квартал 2020 г.			
15	ГБУ "Шатровская ЦРБ"	комплексная	01.01.2018 г. - 01.01.2020 г.
16	ГБУ "Юргамышская ЦРБ"	комплексная	01.01.2018 г. - 01.01.2020 г.
17	ГБУ "Курганская областная клиническая больница"	комплексная	01.01.2019 г. - 01.01.2020 г.
18	ГБУ "Каргапольская ЦРБ им. Н.А.Рокиной"	комплексная	01.01.2018 г. - 01.01.2020 г.
19	ГБУ "Далматовская ЦРБ"	комплексная	01.01.2018 г. - 01.01.2020 г.
20	ГБУ "Целинная ЦРБ"	комплексная	01.01.2018 г. - 01.01.2020 г.
21	ГБУ "Куртамышская ЦРБ им. К.И.Золотавина"	комплексная	01.01.2018 г. - 01.01.2020 г.
22	ЗАО "Медицинский центр "Малыш"	комплексная	01.01.2018 г. - 01.01.2020 г.
23	ГБУ "Курганский областной кардиологический диспансер"	комплексная	01.01.2018 г. - 01.01.2020 г.
Итого за 3 квартал			9
4 квартал 2020 г.			
24	АО "Курорты Зауралья"	комплексная	01.01.2018 г. - 01.01.2020 г.
25	ГБУ "Шумихинская ЦРБ"	комплексная	01.01.2018 г. - 01.01.2020 г.
26	ГБУ "Щучанская ЦРБ"	комплексная	01.01.2018 г. - 01.01.2020 г.
27	ГБУ "Альменевская ЦРБ"	комплексная	01.01.2018 г. - 01.01.2020 г.
28	ГБУ "Сафакулевская ЦРБ"	комплексная	01.01.2018 г. - 01.01.2020 г.
29	ООО "ДИАКАВ"	комплексная	01.01.2018 г. - 01.01.2020 г.
30	ГБУ "Половинская ЦРБ"	комплексная	01.01.2018 г. - 01.01.2020 г.
31	ГБУ "Курганская БСМП"	комплексная	01.01.2018 г. - 01.01.2020 г.
32	ГБУ "Курганская детская поликлиника"	комплексная	01.01.2018 г. - 01.01.2020 г.
33	ФГБУ "РНЦ ВТО" им. Академика Г.А. Илизарова Министерства здравоохранения РФ	комплексная	01.01.2018 г. - 01.01.2020 г.
34	ГБУ "Курганская областная детская клиническая больница им.Красного Креста"	комплексная	01.01.2018 г. - 01.01.2020 г.
Итого за 4 квартал			11
Всего 2020 г.			34

Приложение 2 к приказу
ТФ ОМС Курганской области
от 26 декабря 2019 г. № 334
"О проведении в 2020 году 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"

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. Проверка соблюдения 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 (зарплата, 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 (зарплата, премии, доплаты, поощрения, материальная помощь) лицам, не участвующим в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

осуществления расходования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала, в соответствии с порядком использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала, утвержденным Приказом Минздрава России от 22.02.2019 N 85н: наличие соглашения о предоставлении медицинским организациям средств нормированного страхового запаса территориального фонда для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда медицинских работников в соответствии с типовой формой и в порядке, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, ведение раздельного аналитического учета предоставленных из бюджета территориального фонда средств для софинансирования по доходам и расходам, достоверность отчета медицинской организации об использовании предоставленных из бюджета территориального фонда средств для софинансирования в территориальный фонд;

осуществление расходов средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования в соответствии с Правилами использования медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 21.04.2016 N 332. Проверка условий проводится по каждому мероприятию. Проверяется ведение раздельного аналитического учета средств для финансового обеспечения мероприятий, достоверность отчета медицинской организации об использовании средств для финансового обеспечения мероприятий;

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 раздельного 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 раздельного 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 и (или) контрольно-ревизионным отделом.

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

Проверка проводится контрольно-ревизионным отделом.

5. 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>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), установленных Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2019 N 108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования"</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 48 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 	<p>Отдел взаимодействия и участников системы ОМС</p>
--	--	--

	<p>застрахованного лица действующего полиса в региональном сегменте 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; - соблюдение требований медицинского страхования, утвержденного приказом Министрства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25.01.2011 N 29н "Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования", 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 персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного 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 	Отдел защиты информации
--	---	-------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> - определение угрозы безопасности персональных данных при их обработке в системе; - определение угрозы безопасности 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; - 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 персонализированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в электронном виде по выделенным или открытым каналам связи, включая сеть Интернет, с использованием шифровальных средств защиты информации в соответствии с установленными законодательством Российской Федерации требованиями. <p>6. Проверка ведения учета бланков временных свидетельств и подписов 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 подписов обязательного медицинского страхования, как бланков строгой отчетности, в том числе в пунктах выдачи подписов 	<p>Контрольно-ревизионный отдел</p>
--	--	-------------------------------------

	<p>обязательного медицинского страхования;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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; - 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 	Контрольно-ревизионный отдел
--	--	------------------------------

		<ul style="list-style-type: none"> - страхования); - соблюдение требований 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 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 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 	
--	--	---	--

		<p>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);</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 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
--	--	---

	<p>II</p> <p>Организация и проведение контроля страховой медицинской организацией объема, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию</p>	<ul style="list-style-type: none"> - наличия 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>Проверка соблюдения страховой медицинской организацией правил и процедуры организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленных приказами Федерального фонда обязательного медицинского страхования 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", от 28.02.2019 N 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее Приказ N 230, Приказ N 36)</p> <p>При выявлении нарушений проводится медико-экономический контроль, медико-экономическая экспертиза, экспертиза качества медицинской помощи, в том числе повторно.</p> <p>1. 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</p>	<p>Отдел организации ОМС и ЗПЗ</p> <p>Отдел организации ОМС и ЗПЗ</p>
--	--	---	---

	<p>обязательному медицинскому страхованию, утвержденному Приказом N 230, Приказом № 36 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>2. 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", утвержденного 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 медицинского страхования в сети "Интернет.</p> <p>3. 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; 	<p>Отдел организации ОМС и ЗПЗ</p>
		<p>Отдел организации 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>	<ul style="list-style-type: none"> - 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) застрахованных лиц, в том числе о выборе врача и медицинской организации, об объеме и качестве медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, и др.; - 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 	<p>Отдел организации ОМС и ЗПЗ</p>
--	---	--

IV	Размещение страховыми медицинскими организациями информации	<p>медицинской организацией;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 Правилами 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 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". 	Отдел организации ОМС и ЗПЗ
V	Организация работы страховых представителей	<p>1. Проверка организации работы страховых представителей:</p> <ul style="list-style-type: none"> - наличие в СМО страховых представителей 1 уровня, 2 уровня, 3 уровня (количество, списки, документы об обучении); 	Отдел организации ОМС и ЗПЗ

		<p>- наличие планов СМО по обучению страховых представителей на момент проверки.</p> <p>2. Проверка организации работы контакт-центра СМО:</p> <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. <p>3. Проводится проверка организации работы страховых представителей 2 уровня в медицинских организациях:</p> <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. <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. 	
--	--	---	--