



**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА - ЮГРЫ
(ТФОМС Югры)**

ПРИКАЗ

« 25 » января 2017 года

№ 30

Ханты-Мансийск

О внесении изменений в приказ ТФОМС Югры от 19.12.2016 № 648 «Об утверждении Типовых программ проверок медицинских организаций и страховых медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры»

На основании письма Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 12.01.2017 № 176/101/и,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести изменения в приложение № 5, утвержденное приказом ТФОМС Югры от 19.12.2016 № 648 «Об утверждении Типовых программ проверок медицинских организаций и страховых медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры» следующего содержания:

1.1. Пункт 11 дополнить словами « - вопросы организации работы страховых представителей, включая:

количество страховых представителей, в том числе по уровням;

организация работы Контакт-центров, наличие и содержание типовых сценариев ответов на вопросы для страховых представителей первого уровня;

организация работы страховых представителей второго уровня в медицинских организациях;

количество обученных страховых представителей в 2016 году и планируемых к обучению в 2017 году, в том числе по уровням и с учетом количества застрахованных.

- организация информирования застрахованных СМО, в том числе наличие заключенных договоров с почтовыми службами, мобильными операторами связи и анализ их фактического исполнения. Скольким и какие информационные материалы изготовлены, размещены в интернете, на телевидении, печатных СМИ, медицинских организациях.»

2. Изложить приложение № 5, утвержденное приказом ТФОМС Югры утвержденное приказом ТФОМС Югры от 19.12.2016 № 648 «Об утверждении Типовых программ проверок медицинских организаций и страховых медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры» в редакции, согласно приложению, к настоящему приказу.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Директор

(1)

А.П. Фучежи

ТИПОВАЯ ПРОГРАММА ПРОВЕРКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДСТВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Цель проверки: предупреждение и выявление нарушений норм, установленных Федеральным законом от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», другими федеральными законами и принимаемыми в соответствии с ними нормативными правовыми актами Российской Федерации, законами и иными нормативными актами субъектов Российской Федерации.

1. Проверка наличия учредительных документов СМО, изменений и дополнений к ним.
2. Проверка наличия доверенности, выданной руководителю филиала (в случае проведения проверки деятельности филиала СМО).
3. Проверка наличия лицензии СМО на проведение обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), дата выдачи лицензии.
4. Проверка соблюдения СМО норм части 3 статьи 14 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ – отсутствие иной деятельности СМО, кроме деятельности по ОМС и добровольному медицинскому страхованию (далее – ДМС).
5. Проверка соответствия документов СМО сведениям, содержащимся в реестре СМО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС.
6. Проверка ведения учета бланков полисов ОМС, временных свидетельств:
 - наличие аналитического учета по каждому виду бланков и местам их хранения;
 - выполнение требований к обеспечению сохранности бланков полисов ОМС и временных свидетельств;
 - наличие приказа СМО, согласованного с территориальным фондом, о создании комиссии по списанию и уничтожению полисов ОМС и временных свидетельств;
 - соблюдение сроков проведения инвентаризации полисов ОМС и бланков временных свидетельств.
7. Проверка оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам:
 - наличие договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС (наличие медицинской организации в реестре медицинских организаций, осуществляющих деятельность по ОМС); соответствие заключенных договоров форме типового договора; наличие отказов в заключение договоров);
 - учет средств ОМС в СМО (расчетные счета СМО, договоры на расчетно-кассовое обслуживание; соблюдение требований раздельного учета средств ОМС и ДМС; наличие остатков средств ОМС на дату начала и окончания проверяемого периода, а также на дату проведения проверки);
 - оформление заявок на получение средств на авансирование оплаты медицинской помощи и заявок на получение средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь (далее – заявки) (своевременность представления заявок СМО в территориальный фонд;
 - наличие раздельного учета средств на ведение дела;
 - использование целевых средств на оплату медицинской помощи по ОМС (проверка банковских операций СМО со средствами ОМС, соответствие произведенной СМО оплаты медицинской помощи стоимости оказанной медицинской помощи в предоставленных медицинской организацией реестрах счетов и счетах на оплату медицинской помощи (с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи);

- наличие исков по возмещению расходов на оказание медицинской помощи вследствие причинения вреда здоровью застрахованного лица при наличии информации у СМО;
- выполнение СМО условий договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС в части соблюдения сроков перечисления средств медицинской организации (своевременность оплаты медицинским организациям медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС);
- использование средств нормированного страхового запаса территориального фонда (обоснованность обращений СМО в территориальный фонд за предоставлением недостающих средств сверх установленного объема средств на оплату медицинской помощи для данной СМО из нормированного страхового запаса территориального фонда; достоверность отчета СМО об использовании средств, представляемого в территориальный фонд одновременно с обращением за предоставлением средств из нормированного страхового запаса территориального фонда; своевременность направления СМО полученных средств нормированного страхового запаса территориального фонда на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках территориальной программы ОМС);
- расчеты СМО с территориальным фондом и медицинскими организациями (наличие актов сверки расчетов между территориальным фондом и СМО данным бухгалтерского учета (составляются ежемесячно); наличие актов сверки расчетов между СМО и медицинскими организациями (составляются ежемесячно); наличие задолженности СМО перед медицинскими организациями и выявление ее причин, наличие и обоснованность претензий медицинских организаций к СМО;
- достоверность и своевременность представления в территориальный фонд отчетов о деятельности СМО в сфере ОМС и отчетов о поступлении и расходовании средств ОМС СМО.

8. Проверка соблюдения порядка выдачи полисов ОМС застрахованным лицам, численности застрахованных лиц:

- наличие заявлений о выборе (замене) СМО;
- наличие доверенности от представителя застрахованного лица;
- соблюдение СМО установленных требований при подаче заявления о выборе (замене) СМО застрахованным лицом;
- соблюдение порядка и своевременность выдачи полиса ОМС (временного свидетельства) застрахованному лицу;
- динамика изменения численности застрахованных лиц СМО;
- наличие актов сверки СМО с Территориальным фондом обязательного медицинского страхования (далее – территориальный фонд) о численности застрахованных, достоверность указанных данных;
- достоверность данных о численности застрахованных лиц, используемых СМО при составлении заявок на получение средств от территориального фонда.

9. Проверка выполнения требований к размещению СМО информации об ОМС:

- наличие собственного официального сайта СМО в сети «Интернет»;
- соответствие информации, размещенной на официальном сайте СМО, 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 ОМС, а также об обязанностях застрахованных лиц в соответствии с Федеральным законом 326-ФЗ;
- наличие информационных стендов (плакатов) в пунктах выдачи полисов ОМС;
- обеспечение предоставления информации застрахованным лицам, задавшим вопрос, в том числе по электронной почте или на официальном сайте в сети «Интернет» в режиме «вопрос-ответ».

10. Проверка организации и проведения контроля страховой медицинской организацией объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию включает проверку:

- 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 № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

- 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 № 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», в том числе проверяется наличие документов, необходимых для включения врачей-специалистов в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи, предусмотренных Порядком ведения реестра экспертов.

- проведения экспертной работы, в том числе проверяется:

- 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.

- 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.

11. Проверка деятельности страховой медицинской организации по защите прав и законных интересов застрахованных лиц, по рассмотрению обращений и жалоб граждан (застрахованных лиц):

- порядок обслуживания лиц с ограниченными возможностями, в том числе инвалидов;

- работа с обращениями граждан на соответствие Федеральному закону от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» и иным нормативным правовым актам, регламентирующим работу с обращениями граждан;

- порядок приема, учета (регистрации) 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 обоснованности принимаемых по обращениям решений. При проверке отражаются факты нарушения сроков рассмотрения обращений застрахованных лиц, не доведения до заявителя результатов рассмотрения обращений (жалоб, заявлений) или экспертизы качества медицинской помощи;
- завершенности рассмотрения обращения (заявления, жалобы);
- учет проведенных плановых и внеплановых экспертиз качества медицинской помощи, в том числе 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.¹
- вопросы организации работы страховых представителей, включая:
 - количество страховых представителей, в том числе по уровням;
 - организация работы Контакт-центров, наличие и содержание типовых сценариев ответов на вопросы для страховых представителей первого уровня;
 - организация работы страховых представителей второго уровня в медицинских организациях;
 - количество обученных страховых представителей в 2016 году и планируемых к обучению в 2017 году, в том числе по уровням и с учетом количества застрахованных.
- организация информирования застрахованных СМО, в том числе наличие заключенных договоров с почтовыми службами, мобильными операторами связи и анализ их фактического исполнения. Сколько и какие информационные материалы изготовлены, размещены в интернете, на телевидении, печатных СМИ, медицинских организациях.

12. Иные вопросы.

¹ Ответственные за выполнение пунктов Программы использования средств ОМС в СМО:

- пункт 5,8,9,10,11 специалисты управления организации обязательного медицинского страхования ТФОМС Югры.