



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

ПРИКАЗ

« 19 » декабря 2016 года

№ 648

Ханты-Мансийск

**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**

Во исполнение статей 34, 39, 51 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», реализации Приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16.04.2012 № 73 «Об утверждении положений о контроле за деятельностью страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования территориальными фондами обязательного медицинского страхования», в целях обеспечения контроля за использованием средств медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

- 1.1. Типовую программу проверки использования средств обязательного медицинского страхования в медицинских организациях (Приложение 1),
- 1.2. Типовую программу проверки использования средств финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, в медицинских организациях в соответствии с частью 20 статьи 51 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Приложение 2),
- 1.3. Типовую программу проверки средств, предусмотренных на финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в соответствии с частями 12.1-12.5 статьи 51 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Приложение 3),
- 1.4. Типовую программу проверки использования средств нормированного страхового запаса ТФОМС Югры 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 медицинских организациях (Приложение 4),
- 1.5. Типовую программу проверки страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (Приложение 5),

1.6. Типовую программу проверки страховых медицинских организаций при обращении о предоставлении нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (Приложение 6),

1.7. Типовую программу контрольной проверки (Приложение 7).

2. Начальнику контрольно-ревизионного отдела ТФОМС Югры, начальнику управления организации обязательного медицинского страхования ТФОМС Югры, начальнику отдела информационного сопровождения и программного обеспечения управления информационно-аналитического обеспечения ТФОМС Югры, директорам филиалов ТФОМС Югры, обеспечить осуществление проверок специалистами в страховых медицинских организациях и медицинских организациях в соответствии с Типовыми программами, утвержденными настоящим приказом.

3. Приказ вступает в силу с 01.01.2017.

4. Приказ от 16.12.2015 № 615 «Об утверждении Типовой программы проверки использования средств обязательного медицинского страхования, средств финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования в медицинских организациях и страховых медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования» (в редакции Приказов ТФОМС Югры от 07.04.2016 №160, от 06.06.2016 №282) признать утратившим силу с 01.01.2017.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Директор



А.П. Фучежи

**ТИПОВАЯ ПРОГРАММА
ПРОВЕРКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДСТВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ В 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.

I. Общие сведения о проверяемой организации.

1. Полное наименование и реквизиты организации, идентификационный номер налогоплательщика (ИНН), ведомственная принадлежность, наименование вышестоящей организации, основной государственный номер, наличие учредительных документов, их регистрация в установленном порядке, основные цели, задачи и виды деятельности, нормативные документы, регламентирующие деятельность.

2. Проверка наличия документов разрешающих медицинскую деятельность и регламентирующих работу в системе ОМС: проверка правоустанавливающих документов, наличие лицензий медицинской организации на право осуществления ею определенных видов медицинской деятельности, сроки ее действия и виды медицинской помощи и услуг, указанные в лицензии.

II. Проверка обоснованности получения средств медицинской организацией на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

1. Наличие договоров со страховыми медицинскими организациями (далее - СМО) на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

2. Правильность составления заявок на авансирование медицинской помощи и своевременность направления указанных заявок.

3. Правильность и своевременность представления медицинской организацией в страховые медицинские организации реестра счетов и счета на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам.

4. 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).

5. Наличие актов сверки расчетов между медицинской организацией и СМО, наличие, продолжительность и размеры дебиторской и кредиторской задолженности по оплате медицинской помощи, причины задолженности.

III. Проверка банковских и кассовых операций.

1. Правильность отражения доходов и расходов согласно действующей бюджетной классификации:

1.1. соблюдение требования ведения отдельного учета по операциям со средствами ОМС в рамках ТП ОМС и средств, поступивших из других источников, наличие договора с банком на расчетно-кассовое обслуживание и первичных документов, подтверждающих законность проведения банковских операций;

1.2. соблюдение МО действующих в проверяемом периоде: единых требований к бухгалтерскому учету, установленных законодательством Российской Федерации о бухгалтерском учете, инструкций по ведению бухгалтерского учета.

2. Соблюдение порядка ведения кассовых операций и учета наличных денежных средств (наличие договоров с кассиром о полной индивидуальной материальной ответственности, факты хранения в кассе денежных средств, сверх установленного лимита, своевременность оприходования наличных денежных средств обязательного медицинского страхования, поступающих из банка и других источников, наличие документов и достоверность содержащихся в них данных, являющихся основанием для списания расходов по кассе).

3. Проверка состояния расчётов с разными дебиторами и кредиторами. Состояние аналитического и синтетического учёта дебиторской и кредиторской задолженности. Меры, принятые к её погашению законность произведенных расходов, обеспечение сохранности денежных средств; наличие, продолжительность и размеры дебиторской и кредиторской задолженности.

IV. Проверка соблюдения порядка учета и использования медицинской организацией средств обязательного медицинского страхования, полученных за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

1. Расходы 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, осуществление уплаты налогов и страховых взносов, установленных законодательством Российской Федерации.

2. Расходы по социальному обеспечению работников.

3. Расходы по оплате договоров на приобретение услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, по арендной плате, на выполнение работ, услуг по содержанию имущества, прочих работ услуг.

4. Расходы, не связанные с оплатой труда, приобретением работ, услуг.

5. Расходы на приобретение оборудования.

6. Расходы на приобретение лекарственных препаратов, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов и прочих расходов.

V. Проверка учета материальных запасов и основных средств, приобретенных за счет средств ОМС.

1. Обеспечение сохранности, учета и списания материальных запасов.

2. Обеспечение сохранности, учета, списания и эффективности использования медицинского оборудования в соответствии с техническими характеристиками.

3. Правильность проведения инвентаризации, проведение инвентаризации нефинансовых активов (выборочно).

VI. Соблюдение законодательства РФ в сфере закупок.

1. Соблюдение процедур, предусмотренных Федеральным законом от 05.04.2013 №44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд».

2. Соблюдение процедур, предусмотренных Федеральным законом от 18.07.2011 №223-ФЗ «О закупках товаров работ, услуг отдельными видами юридических лиц».

VII. Иные вопросы, касающиеся использования денежных средств ОМС.

i

¹ Ответственные за выполнение пунктов Программы использования средств ОМС:

- пункт 2 Раздела I, пункт 6 Раздела IV, пункт 2 Раздела V специалисты управления организации обязательного медицинского страхования ТФОМС Югры, врачи-эксперты Филиалов ТФОМС Югры.

ТИПОВАЯ ПРОГРАММА ПРОВЕРКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДСТВ
ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ, НЕ ВКЛЮЧЕННОЙ В БАЗОВУЮ ПРОГРАММУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ В
СООТВЕТСТВИИ С ЧАСТЬЮ 20 СТАТЬИ 51 ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА ОТ 29.11.2010
№326-ФЗ «ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ В РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ»

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 Ханты-Мансийского автономного округа – Югры в части финансирования расходов, возникающих при оказании высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП), не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, из федерального бюджета.

I. Общие сведения о проверяемой организации.

1. Полное наименование и реквизиты организации, идентификационный номер налогоплательщика (ИНН), ведомственная принадлежность, наименование вышестоящей организации, основной государственный номер, наличие учредительных документов, их регистрация в установленном порядке, основные цели, задачи и виды деятельности, нормативные документы, регламентирующие деятельность.

2. Проверка наличия документов, разрешающих медицинскую деятельность и регламентирующих работу по оказанию ВМП, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования: проверка правоустанавливающих документов, наличие лицензий медицинской организации на право осуществления ею определенных видов медицинской деятельности, сроки ее действия и виды медицинской помощи и услуг, указанные в лицензии.

II. Проверка обоснованности получения и использования средств медицинской организацией на финансовое обеспечение ВМП, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования.

1. Полнота и своевременность доведения до медицинских организаций средств, предусмотренных на оказание ВМП.

2. Выполнение государственными бюджетными учреждениями здравоохранения плановых объемов на оказание ВМП, в том числе достижение показателя результативности использования средств иных межбюджетных трансфертов, предоставленных из бюджета Федерального фонда в федеральный бюджет (далее - Средства ФОМС).

3. Наличие остатков Средств ФОМС неиспользованных по истечении отчетного года, указать причины.

4. Своевременность возврата неиспользованных средств ВМП.

5. Наличие документов, являющихся основанием для госпитализации в медицинскую организацию и предоставления средств для получения ВМП.

6. Проверка соответствия модели пациента виду оказанной ВМП и методам лечения согласно приложению 2 Программы государственных гарантий.

7. Проверка полноты объема проведенной ВМП и правильности оформления медицинской документации при оказании ВМП.

8. Проверка соблюдения норматива финансовых затрат на единицу объема ВМП, которые включают в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие

выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу,

9. Проверка соответствия доли заработной платы в структуре норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по видам (методам) профилей ВМП для федеральных; государственных учреждений и государственных учреждений субъекта Российской Федерации при наличии соответствующего нормативного правового акта субъекта Российской Федерации.

10. Проверка ведения медицинскими организациями учета расходов на оказание ВМП, источником финансового обеспечения которых являются Средства ФОМС.

11. Проверка использования средств на цели, соответствующие условиям предоставления Средств ФОМС, путем проверки первичных документов, подтверждающих законность проведения банковских операций, включающих в том числе договоры поставки лекарственных средств, расходных материалов (в том числе изделий медицинского назначения), продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов.

12. Проверка на дублирование (полностью или частично) оплаты за ВМП и оказанную высокотехнологичную медицинскую помощь в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, а так же платными медицинскими услугами (за счет средств пациента, добровольное медицинское страхование) путем проверки на совпадение Ф.И.О., периодов лечения и видов оказанной медицинской помощи в Талоне на оказание ВМП, по данным персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в системе обязательного медицинского страхования и в заключенных договорах на предоставление платных медицинских услуг.

13. Достоверность и своевременность представления отчетов медицинской организации об оказании ВМП.

ⁱ Ответственные за выполнение пунктов Программы проверки финансового обеспечения ВМП, не включенной в базовую программу ОМС медицинскими организациями:

- пункт 1 Раздела I, пункт 1,3,4,8,9,10,11 Раздела II начальник контрольно-ревизионного отдела А.Н. Мензат;

- пункт 2 Раздела I, пункт 2,5,6,7,12,13 Раздела II начальник отдела контроля объема и качества медицинской помощи управления организации обязательного медицинского страхования Л.В. Кладченко;

- пункт 12 Раздела II начальник отдела информационного сопровождения и программного обеспечения управления информационно-аналитического обеспечения Е.В. Мышленников.

**ТИПОВАЯ ПРОГРАММА
ПРОВЕРКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДСТВ, ПРЕДУСМОТРЕННЫХ НА
ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЕДИНОВРЕМЕННЫХ КОМПЕНСАЦИОННЫХ
ВЫПЛАТ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ В СООТВЕТСТВИИ С ЧАСТЯМИ 12.1 - 12.5
СТАТЬИ 51 ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА ОТ 29.11.2010 № 326-ФЗ «ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ
МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

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 в части использования средств, предусмотренных на финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам, предоставляемых из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов.

1. Наличие действующего трудового договора, заключенного между медицинским работником и медицинской организацией, предусматривающего обязанность медицинского работника работать по основному месту работы на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для данной категории работников.

2. Проверка соответствия оказания медицинской помощи медицинским работником в сельском населенном пункте с 01.12.2012 (в ред. Федерального закона от 30.11.2011 № 369-ФЗ), либо рабочем поселке с 03.12.2012 (в ред. Федерального закона от 01.12.2012 № 213-ФЗ), либо поселке городского типа с 15.12.2015 (в ред. Федерального закона от 14.12.2015 № 374-ФЗ).

3. Наличие в отделе кадров медицинской организации трудовой книжки медицинского работника, получившего единовременную компенсационную выплату.

4. Наличие табелей учета рабочего времени, отражающих занятость медицинского работника, получившего единовременные компенсационные выплаты, на условиях нормальной продолжительности рабочего времени.

5. Своевременность и полнота возврата медицинским работником части единовременной компенсационной выплаты, в случае прекращения трудового договора с медицинским работником до истечения пятилетнего срока (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77, пунктами 1, 2 и 4 части первой статьи 81, пунктами 1, 2, 5, 6 и 7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации), рассчитанной с даты прекращения трудового договора, пропорционально неотработанному медицинским работником периоду.

ТИПОВАЯ ПРОГРАММА ПРОВЕРКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДСТВ
НОРМИРОВАННОГО СТРАХОВОГО ЗАПАСА ТФОМС ЮГРЫ 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
МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Цель проверки: осуществление контроля за использованием медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса ТФОМС Югры для финансового обеспечения установленных пунктом 7.1 части 2 статьи 20 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования (далее - мероприятия).

I. Общие сведения о проверяемой организации.

1. Полное наименование и реквизиты организации, идентификационный номер налогоплательщика (ИНН), ведомственная принадлежность, наименование вышестоящей организации, основной государственный номер, наличие учредительных документов, их регистрация в установленном порядке, основные цели, задачи и виды деятельности, нормативные документы, регламентирующие деятельность.

2. Проверка наличия документов разрешающих медицинскую деятельность и регламентирующих работу в системе ОМС: проверка правоустанавливающих документов, наличие лицензий медицинской организации на право осуществления ею определенных видов медицинской деятельности, сроки ее действия и виды медицинской помощи и услуг, указанные в лицензии.

II. Финансовое обеспечение мероприятий:

- Наличие соглашения ТФОМС Югры и медицинской организации о финансовом обеспечении мероприятий.

- Полнота и своевременность доведения до медицинских организаций средств, предусмотренных на финансовое обеспечение мероприятий;

- Наличие внесенных изменений в план финансово-хозяйственной деятельности медицинской организации в целях реализации мероприятий;

- Проверка ведения медицинскими организациями отдельного аналитического учета средств для финансового обеспечения мероприятий;

- Проверка использования средств для финансового обеспечения мероприятий на цели, соответствующие условиям их предоставления;

- Наличие остатка у медицинской организации средств на финансовое обеспечение мероприятий.

III. Анализ выполнения медицинской организацией мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации:

- Наличие и исполнение договора (договоров) об образовании на обучение по дополнительной профессиональной образовательной программе;
- Проверка документов, подтверждающих прохождения медицинскими работниками обучения по программам дополнительного профессионального образования.

VI. Анализ выполнения медицинской организацией мероприятий по приобретению медицинского оборудования:

- Наличие и исполнение договора (договоров) на поставку медицинского оборудования;
- Проверка эксплуатации приобретенного медицинского оборудования.

V. Анализ выполнения медицинской организацией мероприятий по проведению ремонта медицинского оборудования:

- Наличие и исполнение договора (договоров) по проведению ремонта медицинского оборудования;
- Проверка эксплуатации отремонтированного медицинского оборудования.

VI. Достоверность и своевременность представления отчетности о реализации медицинской организацией мероприятий и использовании предоставленных средств для финансового обеспечения мероприятий.

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 отдельного 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 отдельного 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 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.ⁱ

12. Иные вопросы.

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

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

ТИПОВАЯ ПРОГРАММА
ПРОВЕРКИ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПРИ ОБРАЩЕНИИ О
ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ФИНАНСОВЫХ СРЕДСТВ ИЗ
НОРМИРОВАННОГО СТРАХОВОГО ЗАПАСА ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО
ОКРУГА - ЮГРЫ

Цели проверки: Подтверждение задолженности перед медицинскими организациями и определение фактического остатка целевых средств на расчетном счете по учету средств обязательного медицинского страхования за проверяемый период.

1. Общие сведения о проверяемой организации: полное наименование и реквизиты организации, идентификационный номер налогоплательщика (ИНН), основной государственный номер, наличие учредительных документов, их регистрация в установленном порядке, основные цели, задачи и виды деятельности, нормативные документы, регламентирующие деятельность.

2. Наличие расчетных счетов у страховой медицинской организации.

3. Наличие остатка средств обязательного медицинского страхования на дату начала проверяемого периода;

4. Формирование и расходование целевых средств на оплату медицинской помощи и собственных средств;

5. Использование средств, полученных в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, по целевому назначению;

6. 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.

7. Наличие актов сверки расчетов между страховой медицинской организацией и медицинскими организациями (согласно условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи сверка расчетов страховой медицинской организацией и медицинской организацией проводится ежемесячно).

8. Наличие фактического остатка целевых средств на расчетном счете по учету средств обязательного медицинского страхования, задолженности страховой медицинской организации перед медицинскими организациями и выявление причин, наличие и обоснованность претензий медицинских организаций к страховой медицинской организации.

Иные вопросы, касающиеся использования денежных средств обязательного медицинского страхования.

Приложение 7
к приказу ТФОМС Югры
от «19» сентября 2016 г. № 648

ТИПОВАЯ ПРОГРАММА КОНТРОЛЬНОЙ ПРОВЕРКИ

Цели проверки: контроль за устранением нарушений и недостатков, ранее выявленных в ходе проверки использования средств обязательного медицинского страхования по результатам предыдущей проверки.

I. Общие сведения о проверяемой организации.

Полное наименование и реквизиты организации, идентификационный номер налогоплательщика (ИНН), ведомственная принадлежность, наименование вышестоящей организации, основной государственный номер, наличие учредительных документов, их регистрация в установленном порядке, основные цели, задачи и виды деятельности, нормативные документы, регламентирующие деятельность.

II. Проверка устранения нарушений и недостатков в использовании средств обязательного медицинского страхования по результатам предыдущей проверки.