

**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ РЯЗАНСКОЙ  
ОБЛАСТИ**

**ПРИКАЗ**

от 22.06. 2021

№ 93

Об утверждении Перечня  
типовых вопросов, входящих  
в программы комплексных проверок  
медицинских организаций и страховых  
медицинских организаций

В соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и приказом Минздрава России от 26.03.2021 № 255н «Об утверждении порядка осуществления территориальными фондами обязательного медицинского страхования контроля за деятельностью страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, а также контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования указанными страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями» ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Признать утратившим силу приказ ТФОМС Рязанской области от 27.12.2017 № 634 «Об утверждении Типовых программ проверки использования средств системы обязательного медицинского страхования».
2. Утвердить:
  - Перечень типовых вопросов, входящих в программу комплексной проверки использования средств, полученных медицинскими организациями на финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования (Приложение 1 к приказу);
  - Перечень типовых вопросов, входящих в программу комплексной проверки деятельности страховой медицинской организации в сфере обязательного медицинского страхования (Приложение 2 к приказу).
3. Отделам, участвующим в комплексных проверках использования средств ОМС, в своей работе руководствоваться Перечнем типовых вопросов, утвержденным настоящим приказом.
4. Отделу ИБ (А.В. Кондрашкин) разместить Перечень типовых вопросов на сайте ТФОМС Рязанской области.
5. Данный приказ вступает в силу с момента его подписания.
6. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Директор



Е.В. Манухина

**Перечень типовых вопросов, входящих в программу  
комплексной проверки использования средств, полученных медицинскими  
организациями на финансовое обеспечение территориальной программы  
обязательного медицинского страхования.**

**1. Проверка обоснованности получения средств на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.**

**Контрольно-ревизионный отдел.**

- 1.1. Наличие договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;
- 1.2. Правильность составления заявок на авансирование медицинской помощи в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС;
- 1.3. 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 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;

**Отдел защиты прав застрахованных.**

- 1.4. Правильность и своевременность представления медицинской организацией в страховые медицинские организации реестра счетов и счета на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам (в течение 5 (пяти) рабочих дней месяца, следующего за отчетным);

**Контрольно-ревизионный отдел.**

- 1.5. 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);
- 1.6. Наличие актов сверки расчетов между медицинской организацией и страховыми медицинскими организациями составленных в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС;
- 1.7. Соблюдение требований раздельного учета по операциям со средствами ОМС;
- 1.8. Наличие, продолжительность и размеры дебиторской и кредиторской задолженности по оплате медицинской помощи, причины задолженности;

**Отдел защиты прав застрахованных.**

- 1.9. Наличие и обоснованность претензий медицинской организации к страховым медицинским организациям в части осуществления оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;
- 1.10. Наличие претензий и (или) исков страховых медицинских организаций к медицинской организации в целях возмещения вреда, причиненного застрахованному лицу, и примененных к медицинской организации санкций.

## **Контрольно-ревизионный отдел.**

**2. Проверка исполнения медицинской организацией мероприятий по устранению нарушений и недостатков, выявленных предыдущей проверкой.**

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

3.1. по видам медицинской помощи;

3.2. по структуре тарифа на оплату медицинской помощи (ст. 35, Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ), 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 прочее (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 договоры, коллективный договор, положение об оплате труда и прочее), проверка первичных бухгалтерских документов по расходованию средств обязательного медицинского страхования на выплаты (заработная плата, премии, доплаты, поощрения, материальная помощь), уплату налогов и страховых взносов, установленных законодательством Российской Федерации. При проверке отражаются случаи расходования средств обязательного медицинского страхования на выплаты (заработная плата, премии, доплаты, поощрения, материальная помощь) лицам, не участвующим в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

- осуществления расходов на приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, 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), анализ закупленных лекарственных средств (отражается наличие лекарственных средств с истекшим сроком годности);

- осуществление расходов 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).

**4. Достоверность и своевременность представления отчетов медицинской организации об использовании средств ОМС.**

## **Отдел информационных технологий.**

**5. Проверка наличия и достоверности данных персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, передаваемых медицинской организацией в территориальный фонд и страховые медицинские организации.**



**Перечень типовых вопросов, входящих в программу  
комплексной проверки деятельности страховой медицинской  
организации в сфере обязательного медицинского страхования.**

**1. Проверка осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования (Отдел организации ОМС):**

1.1. Учредительные документы страховой медицинской организации, изменения и дополнения к ним, в том числе в части размера уставного капитала страховой медицинской организации и состава ее учредителей.

1.2. Доверенность, выданная руководителю филиала страховой медицинской организации, срока ее действия (в случае проведения проверки деятельности филиала страховой медицинской организации).

1.3. Лицензии страховой медицинской организации на осуществление страхования в части обязательного медицинского страхования, выданной в установленном законодательством Российской Федерации порядке (рассматривается оригинал или надлежаще заверенная копия), даты ее выдачи.

1.4. Соблюдение страховой медицинской организацией норм части 3 статьи 14 Федерального закона № 326-ФЗ (отсутствие иной деятельности страховой медицинской организации, кроме деятельности по обязательному и добровольному медицинскому страхованию) (по данным представленных документов);

1.5. Соответствие документов страховой медицинской организации сведениям, содержащимся в реестре страховых медицинских организаций субъекта Российской Федерации.

1.6. Соблюдение порядка выдачи полиса ОМС (в том числе в пунктах выдачи полисов ОМС), установленного Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 года № 108н, в том числе:

- наличие заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации, о выдаче дубликата полиса ОМС, о переоформлении полиса ОМС;

- наличие 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 ОМС либо временного свидетельства застрахованному лицу, предусмотренного главой IV Правил обязательного медицинского страхования;

- своевременность выдачи застрахованному лицу или его представителю временного свидетельства, подтверждающего оформление полиса ОМС 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 ОМС в целях обеспечения своевременной выдачи полисов ОМС;

- своевременность выдачи полиса ОМС застрахованному лицу, его представителю, его законному представителю и причины несоблюдения сроков выдачи (при наличии установленных фактов);

- соблюдение сроков и порядка информирования граждан о факте страхования и необходимости получения полиса ОМС - для граждан, сведения о которых получены страховой медицинской организацией от территориального фонда в соответствии с частью 6 статьи 16 Федерального закона № 326-ФЗ;

- информация о численности застрахованных лиц страховой медицинской организацией в субъекте Российской Федерации, динамика ее изменения;

- наличие актов сверки с территориальным фондом данных о численности застрахованных лиц на первое число каждого месяца, достоверность указанных данных о численности застрахованных лиц;

- достоверность данных о численности застрахованных лиц, используемой страховой медицинской организацией при составлении заявок на получение средств от территориального фонда;

## **2. Проверка осуществления деятельности страховой медицинской организации по информированию застрахованных лиц и их законных представителей, в том числе по информационному сопровождению застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи (Отдел организации ОМС).**

2.1. Соблюдение требований к размещению страховыми медицинскими организациями информации, установленной главой XIV Правил обязательного медицинского страхования, в том числе наличия собственного официального сайта страховой медицинской организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

2.2. Соответствие информации, размещенной на официальном сайте страховой медицинской организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», законодательным и иным нормативным правовым актам Российской Федерации.

2.3. 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 от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в том числе:

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

- наличие заключенных договоров с почтовыми службами, мобильными операторами связи и анализ их фактического исполнения;

- анализ количества и содержания информационных материалов, изготовленных и размещенных в Интернете, на телевидении, печатных СМИ, медицинских организациях.

2.4. 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».

2.5. Соблюдение страховой медицинской организацией, в том числе уполномоченными лицами страховой медицинской организации, требований, установленных главой XV Правил обязательного медицинского страхования, при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи.

2.6. Соблюдение сроков уведомления застрахованных лиц, медицинских организаций и территориального фонда о намерении расторгнуть договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования по инициативе страховой медицинской организации (в случае досрочного расторжения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования).

2.4. Проверка организации работы Контакт-центра в сфере обязательного медицинского страхования:

- количество страховых представителей, в том числе по уровням;
- наличие и содержание типовых скриптов (сценариев ответов на вопросы) для страховых представителей первого уровня;
- организация работы страховых представителей второго и третьего уровней в медицинских организациях;
- количество обученных страховых представителей, в том числе по уровням;
- наличие документов, подтверждающих факт информирования застрахованных лиц о возможности прохождения диспансеризации, с целью подтверждения данных ежемесячного Отчета об информационном сопровождении застрахованных лиц;
- наличие приказа СМО об утверждении состава работников, участвующих в реализации Регламента работы Контакт-центра в сфере ОМС.

2.5. Работа с обращениями граждан в соответствии с Федеральным законом от 2 мая 2006 года № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации».

2.6. Своевременность рассмотрения и обоснованность принимаемых по обращениям решений. Наличие фактов нарушения сроков рассмотрения обращений застрахованных лиц, недоведения до заявителя результатов рассмотрения обращений (жалоб, заявлений) или экспертизы качества медицинской помощи;

2.7. Завершенность рассмотрения обращений (заявлений, жалоб).

2.8. Организация и проведение страховой медицинской организацией мероприятий, направленных на изучение удовлетворенности граждан качеством оказанной медицинской помощи.

2.9. Наличие в страховой медицинской организации анализа результатов социологических опросов (анкетирования) об удовлетворенности застрахованных лиц доступностью и качеством медицинской помощи.

2.10. Наличие анализа проведенной работы страховой медицинской организацией с обращениями граждан и принятых мер, направленных на предупреждение возникновения жалоб.

2.11. Достоверность отчетов об организации защиты прав застрахованных лиц (в пределах компетенции отдела организации ОМС).



### **3. Проверка осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования (Контрольно-ревизионный отдел).**

3.1. Ведение учета бланков временных свидетельств и полисов ОМС, как бланков строгой отчетности:

- наличие аналитического учета по каждому виду бланков строгой отчетности и места их хранения;
- выполнение требований к обеспечению сохранности бланков временных свидетельств и полисов ОМС, как бланков строгой отчетности, в том числе в пунктах выдачи полисов ОМС;
- наличие приказа страховой медицинской организации, согласованного с территориальным фондом, о создании комиссии по списанию и уничтожению полисов ОМС и временных свидетельств;
- соблюдение сроков проведения инвентаризации, установленных учетной политикой страховой медицинской организации (в ходе проверки может быть проведена инвентаризация или выборочная инвентаризация полисов ОМС и бланков временных свидетельств, в том числе в пунктах выдачи полисов ОМС).

3.2. Осуществление оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в том числе:

- расчетные счета страховой медицинской организации (в части операций со средствами обязательного медицинского страхования) (в том числе проверяется договор с банком на расчетно-кассовое обслуживание) и учет денежных средств обязательного медицинского страхования на счетах;
- соответствие кредитных организаций, в которых страховой медицинской организацией открыты отдельные банковские счета для осуществления операций со средствами целевого финансирования, требованиям нормативных правовых актов Российской Федерации;
- соблюдение требования раздельного учета операций по добровольному и обязательному медицинскому страхованию;
- наличие остатков средств обязательного медицинского страхования на дату начала и окончания проверяемого периода, а также на дату начала проведения проверки;
- своевременность представления страховой медицинской организацией в территориальный фонд заявок на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи и заявок на получение целевых средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь;
- достоверность данных о численности застрахованных лиц, используемой страховой медицинской организацией при составлении заявок на получение средств от территориального фонда;
- 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, средств, поступивших от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованным лицам (на основании проверки банковских операций страховой медицинской организации);

- правильность формирования собственных средств из источников, предусмотренных Федеральным законом № 326-ФЗ, в соответствии с требованиями, установленными типовым договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, форма которого утверждена приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 сентября 2011 года № 1030н;

- наличие раздельного учета собственных средств и целевых средств на оплату медицинской помощи;

- использование целевых средств, полученных в проверяемом периоде, и переходящих остатков целевых средств на оплату медицинской помощи (путем проверки банковских операций страховой медицинской организации и реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи (с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию));

- соответствие произведенной оплаты медицинской помощи страховой медицинской организацией стоимости оказанной медицинской помощи в представленных медицинской организацией реестрах счетов и счетах на оплату медицинской помощи (с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию);

- выполнение страховой медицинской организацией условий договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в части соблюдения сроков перечисления средств медицинской организации;

- 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;

- 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 страховой медицинской организацией, 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 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);

- соблюдение сроков возврата средств в бюджет территориального фонда при прекращении договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;



- достоверность и своевременность представления в территориальный фонд отчетов о деятельности страховой медицинской организации и отчетов о поступлении и расходовании средств обязательного медицинского страхования.

**4. Проверка соблюдения страховой медицинской организацией порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения (часть 1 статьи 40 Федерального закона № 623-ФЗ) (Отдел защиты прав застрахованных).**

4.1. Соблюдение сроков проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, установленных Порядком проведения контроля.

4.2. Выполнение объемов медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, установленных Порядком проведения контроля.

4.3. Соответствие специалистов-экспертов страховой медицинской организации, проводящих медико-экономическую экспертизу, и экспертов качества медицинской помощи, проводящих экспертизу качества медицинской помощи, требованиям Порядка проведения контроля.

4.4. Достоверность и своевременность представления отчетов о результатах контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

**5. Проверка деятельности страховой медицинской организации по защите прав и законных интересов застрахованных лиц, по рассмотрению обращений и жалоб застрахованных лиц (Отдел защиты прав застрахованных).**

5.1. Наличие условий для беспрепятственного доступа инвалидов в страховую медицинскую организацию, в пункт выдачи полисов ОМС.

5.2. Наличие учета проведенных плановых и внеплановых экспертиз качества медицинской помощи, в том числе повторных (при несогласии медицинских организаций).

5.3. Наличие отказов в проведении экспертизы качества медицинской помощи по жалобе застрахованного лица и их причины;

5.4. Наличие учета случаев досудебного и судебного разрешения спорных вопросов и конфликтных ситуаций при участии страховой медицинской организации, возникающих между медицинскими организациями и пациентами.

5.5. Наличие исков по возмещению расходов на оказание медицинской помощи вследствие причинения вреда здоровью застрахованного лица (регрессных исков) (за исключением случаев причинения вреда вследствие тяжелого несчастного случая на производстве) при наличии информации у страховой медицинской организации.

5.6. Наличие и обоснованность претензий медицинских организаций к страховой медицинской организации.

5.7. Достоверность и своевременность представления отчетов об организации защиты прав застрахованных лиц (в пределах компетенции отдела защиты прав застрахованных).

## **6. Проверка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования (Отдел информационных технологий).**

6.1. Соблюдение требований порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденного приказом Минздравсоцразвития РФ от 25.01.2011 № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования» в том числе:

- осуществление страховой медицинской организацией сбора и обработки данных персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;

- наличие приказа, определяющего работников страховой медицинской организации, допущенных к работе с региональным сегментом единого регистра застрахованных лиц;

- соблюдение страховой медицинской организацией сроков предоставления данных о застрахованных лицах, а также сведений об изменении этих данных;

- соблюдение сроков представления сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;

- своевременность корректировки ошибочных сведений о застрахованных лицах, выявленных территориальным фондом на основании форматно-логического контроля предоставляемых страховой медицинской организацией данных;

- проведение проверок, с целью исключения появления в регистре дублирующих записей:

  - на наличие повторений по фамилии, имени, отчеству, дате и месту рождения;

  - на наличие повторений по данным документа, удостоверяющего личность;

  - корректности указания пола застрахованного лица;

  - на наличие повторений по дате рождения и адресу регистрации по месту жительства;

  - на наличие повторений по фамилии, имени и отчеству и адресу регистрации по месту жительства;

  - на наличие повторений по страховому номеру индивидуального лицевого счета (СНИЛС).

6.2. Достоверность сведений, внесенных страховой медицинской организацией в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц.

6.3. Обеспечение достоверности и корректности сведений, передаваемых в территориальный фонд в соответствии с общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядком информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утверждаемыми Федеральным фондом обязательного медицинского страхования в соответствии с пунктом 8 части 8 статьи 33 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ.

6.4. Контроль за деятельностью СМО при информационном сопровождении застрахованных лиц при оказании им специализированной медицинской помощи в плановом порядке.

## **7. Проверка страховой медицинской организации на предмет обеспечения сохранности и конфиденциальности данных персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам (Отдел информационной безопасности).**

7.1. Осуществление страховой медицинской организацией сбора и обработки данных персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, обеспечение

их сохранности и конфиденциальности, осуществление обмена указанными сведениями между участниками обязательного медицинского страхования в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ.

7.2. Наличие организационно-распорядительной документации по защите информации, в том числе наличие приказа, определяющего работников страховой медицинской организации, допущенных к работе с региональным сегментом единого регистра застрахованных лиц.

7.3. Применение организационных и технических мер по обеспечению безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных, необходимых для выполнения требований к защите персональных данных.

7.4. Применение средств защиты информации, прошедших в установленном порядке процедуру оценки соответствия.

7.5. Наличие учета машинных носителей персональных данных.