



Утверждаю

Директор ЦФОМС Рязанской области

Низов А.А.

2015

**Типовая программа проверки  
деятельности страховой медицинской организации  
в сфере обязательного медицинского страхования.**

**1. Организация и проведение обязательного медицинского страхования (отдел организации ОМС).**

1.1. Проверка учредительных документов страховой медицинской организации, изменений и дополнений к ним, штатного расписания и должностных инструкций сотрудников.

1.2. Проверка доверенности, выданной руководителю филиала страховой медицинской организации, срока ее действия (в случае проведения проверки деятельности филиала страховой медицинской организации).

1.3. Наличие лицензии страховой медицинской организации на проведение обязательного медицинского страхования, даты ее выдачи федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности.

1.4. Соблюдения страховой медицинской организацией норм части 3 статьи 14 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (отсутствие иной деятельности страховой медицинской организации, кроме деятельности по обязательному и добровольному медицинскому страхованию).

1.5. Соответствия документов страховой медицинской организации сведениям, содержащимся в реестре страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации.

1.6. Соблюдения порядка выдачи полиса обязательного медицинского страхования застрахованному лицу (в том числе в пунктах выдачи полисов обязательного медицинского страхования), установленного Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 №158н (с последующими редакциями) (далее - Правила обязательного медицинского страхования), в том числе проверяются:

- 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;

- соблюдение сроков передачи информации о застрахованном лице, подавшем заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации, в территориальный фонд и сроков проверки на наличие у застрахованного лица действующего полиса в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц;
- соблюдение требований порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25.01.2011 № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования», в том числе наличие приказа, определяющего работников страховой медицинской организации, допущенных к работе с региональным сегментом единого регистра застрахованных лиц, соблюдение сроков передачи данных о застрахованных лицах и сведений об изменениях в этих данных в территориальный фонд, достоверность сведений, внесенных страховой медицинской организацией в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц;
- 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 50 Правил обязательного медицинского страхования, не превышающий срока действия временного свидетельства) и причины несоблюдения сроков выдачи;
- соблюдение сроков и порядка информирования граждан о факте страхования и необходимости получения полиса - для граждан, сведения о которых получены страховой медицинской организацией от территориального фонда в соответствии с частью 6 статьи 16 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- 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;
- осуществление страховой медицинской организацией сбора и обработки данных персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, осуществление обмена указанными сведениями между участниками обязательного медицинского страхования в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

1.7. Наличие договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

1.8. Соблюдение страховой медицинской организацией нормы части 1 статьи 39 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (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 субъекта Российской Федерации (далее - реестр медицинских организаций)).

1.9. 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 и социального развития Российской Федерации от 24.12.2010 № 1184н (далее - Типовой договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию).



1.10. Наличие отказов в заключении договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию с медицинской организацией, включенной в реестр медицинских организаций.

## **2. Выполнение требований к размещению страховыми медицинскими организациями информации (Отдел организации ОМС).**

2.1. Проверка выполнения требований к размещению страховыми медицинскими организациями информации, в том числе:

- наличие пунктов выдачи страховых медицинских полисов (представительств, филиалов) в г. Рязани и районах области;

- наличие необходимых условий для беспрепятственного доступа к помещениям инвалидов и других лиц с ограниченными условиями;

- наличия собственного официального сайта страховой медицинской организации в сети "Интернет". Соблюдение требований к размещению страховыми медицинскими организациями информации, установленных главой XIII Правил обязательного медицинского страхования. Соответствие информации, размещенной на официальном сайте страховой медицинской организации в сети «Интернет», законодательным и иным нормативным правовым актам;

- обеспечения 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»;

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

- обеспечения 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".

## **3. Организация и проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (отдел ЗПЗ).**

3.1. соблюдение 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".

3.2. Соответствие 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" (далее - Порядок ведения реестра экспертов), в том числе проверяется наличие документов, необходимых для включения врачей-специалистов в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи, предусмотренных Порядком ведения реестра экспертов.

3.3. Проведения экспертной работы, в том числе:

- 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 невыявленных 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.

#### **4. Защита прав и законных интересов застрахованных лиц, рассмотрение обращений и жалоб застрахованных лиц (отдел ЗПЗ).**

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

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

- работы 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;

- 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.;

- своевременности рассмотрения и обоснованности 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;

- завершенности рассмотрения обращения (заявления, жалобы);



- учета проведенных плановых и внеплановых экспертиз качества медицинской помощи, в т.ч. повторных при несогласии медицинских организаций;
- наличия отказов в проведении экспертизы качества медицинской помощи по жалобе застрахованного лица и их причин;
- учета случаев досудебного и судебного разрешения спорных вопросов и конфликтных ситуаций при участии страховой медицинской организации, возникающих между медицинскими организациями и пациентами;
- наличия информации о согласии гражданина или его законного представителя на урегулирование конфликтной ситуации в досудебном порядке, предлагаемое медицинской организацией или страховой медицинской организацией;
- 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.
- организации и проведения страховой медицинской организацией мероприятий, направленных на изучение удовлетворенности граждан качеством оказанной медицинской помощи;
- наличия в страховой медицинской организации анализа результатов социологических опросов (анкетирования) об удовлетворенности застрахованных лиц доступностью и качеством медицинской помощи;
- наличия анализа проведенной работы страховой медицинской организацией с обращениями граждан и принятых мер, направленных на предупреждение возникновения жалоб;
- достоверности и своевременности представления отчетов об организации защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования.

**5. 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 ИБ).**

- 5.1. Наличие организационно-распорядительной документации по защите информации.
- 5.2. 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.
- 5.3. Применение средств защиты информации, прошедших в установленном порядке процедуру оценки соответствия.
- 5.4. Наличие учета машинных носителей персональных данных.

**6. Проверка использования средств, полученных страховыми медицинскими организациями на финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования (КРО).**

- 6.1. Соблюдение СМО требований раздельного учета операций по добровольному и обязательному медицинскому страхованию.
- 6.2. Полнота и правильность отражения в бухгалтерском учете СМО операций по средствам обязательного медицинского страхования.
- 6.3. Проверка ведения учета бланков временных свидетельств и полисов обязательного медицинского страхования как бланков строгой отчетности.

6.4. Выполнение условий договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в части формирования и использования целевых средств на оплату медицинской помощи.

6.5. Правильность формирования СМО собственных средств в сфере обязательного медицинского страхования из источников, предусмотренных Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ (с последующими редакциями), в соответствии с договором о финансовом обеспечении.

6.6. Соблюдение СМО требований раздельного учета собственных средств и средств на оплату медицинской помощи.

6.7. Использование целевых средств, полученных в проверяемом периоде, на оплату медицинской помощи на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования, в соответствии с договором о финансовом обеспечении.

6.8. Выполнение СМО условий договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в части соблюдения сроков перечисления средств медицинской организации.

6.9. Поступление средств нормированного страхового запаса ТФОМС Рязанской области на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, соблюдение условий направления СМО в медицинскую организацию полученных средств в соответствии с договором о финансовом обеспечении.

6.10. Наличие задолженности СМО перед медицинской организацией и выявление ее причин.

6.11. Наличие актов сверки расчетов между страховой медицинской организацией и медицинской организацией.

6.12. Соответствие данных, содержащихся в актах сверки расчетов между ТФОМС Рязанской области и СМО, данным бухгалтерского учета СМО.

6.13. Полнота и своевременность возврата целевых средств в ТФОМС Рязанской области после завершения расчетов с медицинской организацией за отчетный месяц, соблюдение сроков возврата в соответствии с договором о финансовом обеспечении.

6.14. Достоверность представленной отчетности по движению целевых средств обязательного медицинского страхования за проверяемый период.

6.15. Наличие фактов нецелевого использования средств обязательного медицинского страхования.

6.16. Соблюдение сроков возврата (возмещения) СМО средств обязательного медицинского страхования, использованных не по целевому назначению, в бюджет ТФОМС Рязанской области и уплаты штрафных санкций по результатам проверок, ранее проведенных ТФОМС Рязанской области (при наличии).

6.17. В случае прекращения действия договора о финансовом обеспечении, проверка соблюдения условий договора о финансовом обеспечении при прекращении его действия:

- осуществление окончательного расчета с медицинскими организациями по средствам обязательного медицинского страхования;
- осуществление сверки расчетов с медицинскими организациями по средствам обязательного медицинского страхования;
- осуществление возврата в бюджет ТФОМС Рязанской области неиспользованных средств обязательного медицинского страхования, соблюдение сроков возврата.