

**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО  
СТРАХОВАНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ**

---

**ПРИКАЗ**

От « 08 » Февраля 20 18 г.

№ 29

Об утверждении типовой программы комплексной проверки деятельности страховой медицинской организации

В соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и приказом 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» для осуществления контроля за деятельностью страховых медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования,

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить типовую программу комплексной проверки деятельности страховой медицинской организации на 2018 год (далее – Программа проверки).
2. Специалистам, участвующим в проведении проверок, руководствоваться Программой проверки.
3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора Г.Е. Васильеву.

Директор



Е.В. Ягнюкова

Глущенко Л.П.

В дело  
Руководству  
КРО



**Типовая программа**  
**комплексной проверки деятельности страховой медицинской организации**  
**на 2018 год**

**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 иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

**Тема проверки:** контроль за деятельностью страховой медицинской организации в сфере обязательного медицинского страхования:

- организация и проведение обязательного медицинского страхования;
- соблюдение требований по обеспечению информационной безопасности персональных данных, обрабатываемых в системе обязательного медицинского страхования;
- обоснованность использования средств обязательного медицинского страхования;
- организация и проведение контроля страховой медицинской организацией объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;
- деятельность страховой медицинской организации по защите прав и законных интересов застрахованных лиц, по рассмотрению обращений и жалоб граждан (застрахованных лиц);
- организация работы страховых представителей всех уровней, в том числе Контакт-центра, соблюдение требований законодательства при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи;
- выполнение требований к размещению страховыми медицинскими организациями информации.

**Перечень вопросов, подлежащих рассмотрению:**

**Организация и проведение обязательного медицинского страхования за период с 01.01.2017 и по состоянию на момент проверки.**

1. Проверка учредительных документов страховой медицинской организации, изменений и дополнений к ним.

2. Проверка решения протокола заседания учредителей о назначении директора страховой медицинской организации, доверенности, выданной руководителю филиала страховой медицинской организации, срока ее действия (в случае проведения проверки деятельности филиала страховой медицинской организации).

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

4. Соблюдение страховой медицинской организацией норм части 3 статьи 14 Федерального закона №326-ФЗ.

5. Соответствие документов страховой медицинской организации сведениям, содержащимся в реестре страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Новосибирской области.

6. Соблюдение порядка выдачи полиса обязательного медицинского страхования застрахованному лицу, установленного Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 №158н, включая:

- заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации;
- заявления о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса;
- 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 застрахованному лицу, установленного главой IV Правил обязательного медицинского страхования;
- своевременность выдачи застрахованному лицу или его представителю временного свидетельства;
- соблюдение сроков передачи информации о застрахованном лице, подавшем заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации, в ТФОМС НСО и сроков проверки на наличие у застрахованного лица действующего полиса в региональном сегменте 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 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 ТФОМС НСО в соответствии с частью 6 статьи 16 Федерального закона №326-ФЗ;

- информация о численности застрахованных лиц страховой медицинской организацией в Новосибирской области, динамика ее изменений;

- наличие актов сверки с ТФОМС НСО данных о численности застрахованных лиц на первое число каждого месяца, достоверность указанных данных о численности застрахованных лиц.

7. Достоверность данных о численности застрахованных лиц, используемой страховой медицинской организацией при составлении заявок на получение средств от ТФОМС НСО.

8. Достоверность информации о застрахованных лицах для включения данных в региональный сегмент единого регистра застрахованных.

9. Проверка ведения учета бланков временных свидетельств и полисов обязательного медицинского страхования, включая:

- наличие аналитического учета по каждому виду бланков строгой отчетности и местам их хранения;

- выполнение требований к обеспечению сохранности бланков временных свидетельств и полисов обязательного медицинского страхования, как бланков строгой отчетности, в том числе в пунктах выдачи полисов обязательного медицинского страхования;

- наличие приказа страховой медицинской организации, согласованного с ТФОМС НСО, о создании комиссии по списанию и уничтожению полисов и временных свидетельств;

- соблюдение сроков проведения инвентаризации, установленных учетной политикой страховой медицинской организацией.

**Соблюдение требований законодательства Российской Федерации по обеспечению информационной безопасности персональных данных, обрабатываемых в системе обязательного медицинского страхования за период с 01.01.2017 и по состоянию на момент проверки.**

1. Соблюдение требований порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденного приказом Минздравсоцразвития России от 25.01.2011 № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования».

2. Осуществление страховой медицинской организацией сбора и обработки персональных данных застрахованных граждан, обеспечение правовых, организационных и технических мер для защиты персональных данных

от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования и распространения, а также неправомерных действий в отношении персональных данных.

3. Выполнение требований пункта 2 статьи 19 Федерального закона от 27.07.2007 № 152-ФЗ и постановления Правительства Российской Федерации от 01.11.2012 № 1119 «Об утверждении требований к защите персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных».

### **Обоснованность использования средств обязательного медицинского страхования за период с 01.01.2017 по 31.12.2017.**

1. Проверка осуществления оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, включая:

- наличие договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

- соблюдение страховой медицинской организацией нормы части 1 статьи 39 Федерального закона №326-ФЗ;

- 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 24.12.2012 №1355н;

- наличие отказов в заключении договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию с медицинской организацией, включенной в реестр медицинских организаций;

- наличие расчетных счетов страховой медицинской организации и учет денежных средств обязательного медицинского страхования на счетах;

- соблюдение требований отдельного учета операций по добровольному и обязательному медицинскому страхованию;

- наличие остатков средств обязательного медицинского страхования на дату начала и окончания проверяемого периода, также на дату проверки;

- своевременность представления страховой медицинской организацией в ТФОМС НСО заявок на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи и заявок на получение целевых средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь;

- правильность составления заявок на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи и на получение целевых средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь и направление целевых средств в медицинские организации, в том числе с целью исключения фактов завышения сумм средств в заявке на получение средств от ТФОМС НСО и фактов необоснованного получения средств по указанной заявке вследствие

недостовверных данных о численности застрахованных лиц данной страховой медицинской организацией;

- правильность формирования целевых средств на оплату медицинской помощи за счет средств, поступивших из ТФОМС НСО 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;

- правильность определения объема средств и своевременность их направления на формирование нормированного страхового запаса территориального фонда для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования;

- правильность формирования собственных средств в сфере обязательного медицинского страхования из источников, предусмотренных Федеральным законом №326-ФЗ, в соответствии с требованиями, установленными Типовым договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

- наличие отдельного 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;

- 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);

- 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;

- 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 ТФОМС НСО одновременно с обращением за предоставлением целевым средств сверх установленного объема средств на оплату медицинской помощи для данной страховой медицинской организации из нормированного страхового запаса ТФОМС НСО;

- своевременность направления страховой медицинской организацией полученных средств нормированного страхового запаса на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

- соответствие данных, содержащихся в актах сверки расчетов между ТФОМС НСО 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 и обоснованность претензий медицинских организаций к страховой медицинской организации;

- наличие актов сверки расчетов между страховой медицинской организацией и медицинскими организациями;

- своевременность и полнота возврата остатка целевых средств в ТФОМС НСО после завершения расчетов с медицинскими организациями за отчетный месяц;

- соблюдение и полнота возврата страховой медицинской организацией средств обязательного медицинского страхования, использованных не по целевому назначению, в бюджет ТФОМС НСО и уплаты штрафных санкций по результатам проверок, ранее проводимых ТФОМС НСО;

- соблюдение сроков уведомления застрахованных лиц, медицинских организаций и территориального фонда о намерении расторгнуть договор по инициативе страховой медицинской организацией;

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

- достоверность и своевременность представления в ТФОМС НСО отчетов о деятельности страховой медицинской организации в сфере обязательного медицинского страхования и отчетов о поступлении и расходовании средств обязательного медицинского страхования.

**Организация и проведение контроля страховой медицинской организацией объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию за период с 01.01.2017 и по состоянию на момент проверки.**

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 ФФОМС от 01.12.2010 №230.

2. Соответствие состава специалистов-экспертов страховой медицинской организации требованиям Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС.

3. 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 ФФОМС от 13.12.2011 №230.

4. Проведение экспертной работы, включая:

- 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;

- организация медико-экономического контроля в соответствии с условиями Тарифного соглашения в системе обязательного медицинского страхования;

- выполнение объемов медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, установленных Порядком организации и проведении 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.

5. Проведение медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи случаев оказания медицинской помощи с нарушением сроков ожидания, в том числе с нарушением сроков госпитализации.

6. Проведение медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи по случаям несостоявшейся госпитализации из-за отсутствия медицинских показаний.

7. Проведение тематической экспертизы качества медицинской помощи по законченным случаям диспансеризации с учетом выставленной группы здоровья.

**Деятельность страховой медицинской организации по защите прав и законных интересов застрахованных лиц, по рассмотрению обращений и жалоб граждан (застрахованных лиц) за период с 01.01.2017 по 31.12.2017.**

1. Порядок обслуживания лиц с ограниченными возможностями, в том числе инвалидов.

2. Работа с обращениями граждан на соответствие Федеральному закону от 02.05.2006 №59-ФЗ и иным нормативным правовым актам, регламентирующим работу с обращениями граждан:

- прием, учет и регистрация обращений (жалоб, консультаций) от застрахованных лиц, поступающих в письменной, в том числе в форме электронного документа, и в устной формах;
- своевременность рассмотрения и обоснованность принимаемых по обращениям решений, в том числе соблюдения срока рассмотрения или перенаправления по компетенции, а также наличие уведомления гражданина в случае продления срока рассмотрения или перенаправления обращения;
- завершенность рассмотрения обращения (жалобы, консультации), в том числе наличия письменного официального ответа на обращение, поступившее в электронном виде.

3. Учет проведенных плановых и внеплановых экспертиз качества медицинской помощи, в том числе повторных при несогласии медицинских организаций.

4. Наличие отказов в проведении экспертизы качества медицинской помощи по жалобе застрахованного лица и их причин.

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

6. Наличие информации о согласии гражданина или его законного представителя на урегулирование конфликтной ситуации в досудебном порядке, предлагаемое медицинской организацией или страховой медицинской организацией.

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

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

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

11. Достоверность и своевременность представления отчетов об организации защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования.

**Организация работы страховых представителей всех уровней, в том числе Контакт-центра, соблюдение требований законодательства при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи за период с 01.01.2017 и по состоянию на момент проверки.**

1. Проверка сведений о страховых представителях всех уровней, в том числе прошедших обучение в 2016-2017 годах и планируемых к обучению в 2018, наличие сертификатов, должностных инструкций.

2. Организация работы Контакт-центра в соответствии с требованиями, утвержденными приказом ФОМС от 24.12.2015 №271 «О создании Контакт-центров в сфере обязательного медицинского страхования».

3. Проверка договоров, заключенных страховой медицинской организацией с почтовыми службами, мобильными операторами и анализ их фактического исполнения для информирования застрахованных лиц.

4. Организация деятельности страховых представителей в медицинских организациях, в том числе участвующих в реализации проекта «Бережливая поликлиника»:

4.1. наличие соглашений и утвержденных графиков работы;

4.2. соблюдение страховыми представителями режима работы в медицинских организациях;

4.3. проведение анкетирования граждан и консультирование застрахованных лиц по вопросам обязательного медицинского страхования.

5. Организация по получению индивидуального согласия по информационному сопровождению застрахованных лиц при организации оказания медицинской помощи.

6. Выполнение страховыми представителями 1 уровня функциональных обязанностей, установленных Регламента взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи, утвержденным приказом ФОМС от 11.05.2016 №88 (далее – Регламент взаимодействия участников ОМС):

6.1. при оказании застрахованным лицам услуг справочно-консультационного характера;

6.2. при проведении информирования и осуществления телефонных опросов о прохождении застрахованными лицами профилактических мероприятий (диспансеризации).

7. Выполнение страховыми представителями 2 уровня функциональных обязанностей, установленных Регламентом взаимодействия участников ОМС:

7.1. при оказании застрахованным лицам услуг справочно-консультационного характера;

7.2. при информационном сопровождении застрахованных лиц при организации прохождения ими профилактических мероприятий (диспансеризации):

- организация информирования застрахованных лиц о прохождении 1 и 2 этапов, повторного информирования застрахованных лиц из числа не прошедших профилактические мероприятия (диспансеризации);

- соблюдение сроков информирования застрахованных лиц;

- оценка эффективности информирования застрахованных лиц о прохождении профилактических мероприятий (диспансеризации);

- организация проведения телефонных опросов;

- наличие анализа результатов опросов и доведение их до медицинских организаций, ТФОМС НСО, министерства здравоохранения НСО;

7.3. при информационном сопровождении застрахованных лиц при оказании им специализированной медицинской помощи в плановом порядке:

- проведение мониторинга очередности, доступности, своевременности и профильности плановой госпитализации;

- организация взаимодействия страховых представителей с застрахованными лицами и медицинскими организациями по вопросу несвоевременной госпитализации.

8. Выполнение страховыми представителями 3 уровня функциональных обязанностей, установленных Регламентом взаимодействия участников ОМС:

8.1. при оказании застрахованным лицам услуг справочно-консультационного характера и при работе с письменными обращениями застрахованных лиц;

8.2. организация проведения тематических ЭКМП по случаям диспансеризации;

8.3. организация проведения экспертиз МЭЭ и ЭКМП по случаям госпитализации с нарушением сроков ожидания, а также по случаям несостоявшейся запланированной госпитализации из-за отсутствия медицинских показаний.

9. Своевременность и достоверность предоставления сведений в «Мониторинге деятельности контакт-центров страховых медицинских организаций» и «Отчете об информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи».

**Выполнение требований к размещению страховыми медицинскими организациями информации за период с 01.01.2017 и по состоянию на момент проверки.**

1. Наличие собственного официального сайта страховой медицинской организации в сети «Интернет». Соблюдение требований к размещению страховой медицинской организацией информации, установленной главой 13 Правил обязательного медицинского страхования. Соответствие информации, размещенной на официальном сайте страховой медицинской организации в сети «Интернет», законодательным и иным нормативным правовым актам.

2. 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 полисом обязательного медицинского страхования, а также об обязанностях застрахованных лиц в соответствии с Федеральным законом №326-ФЗ; наличие информационных стендов (плакатов) в пунктах выдачи полисов обязательного медицинского страхования.

3. 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».

4. Проверка исполнения обязательств страховой медицинской организации по обеспечению медицинских организаций информационным материалом (брошюрами, листовками, памятками) о правах граждан в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе их изготовление, информационными стендами с плакатами и/или информацией о предоставляемых видах и объемах медицинской помощи, условиях ее получения (в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию), размещение информационного материала в медицинских организациях. Проверка проведения публичного информирования застрахованных лиц (наличия материалов в СМИ, выступления на радио и ТВ, в сети Интернет и прочее).