

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕССКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ПРИКАЗ

от 02.02.2023

№ 20

г.Черкесск

«Об утверждении Типовой программы комплексной (тематической, контрольной) проверки деятельности страховой медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере ОМС на территории Карачаево-Черкесской Республики».

Во исполнение статей 34, 38 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в целях обеспечения контроля соблюдения действующего законодательства об обязательном медицинском страховании страховыми медицинскими организациями, а также совершенствования механизмов контроля использования страховыми медицинскими организациями средств, обязательного медицинского страхования

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Типовую программу комплексной (тематической, контрольной) проверки деятельности страховых медицинских организаций осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Карачаево-Черкесской Республики (далее - Типовая программа), согласно приложению к настоящему приказу.

2. Начальнику контрольно - ревизионного отдела Текееву А.Ю. при назначении комплексной (тематической, контрольной) проверки страховой медицинской организации, организовывать их проведение в соответствии с порядком утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации 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» и Типовой программой, утвержденной настоящим приказом.

3. Установить, что при проведении контрольных проверок рассматриваются отдельные вопросы Типовой программы необходимые для оценки работы страховой медицинской организации по устранению нарушений и недостатков, выявленных в ходе комплексной или тематической проверки.

4. Признать утратившим силу приказ Территориального фонда обязательного медицинского страхования Карачаево-Черкесской Республики от 17.05.2021 № 60/1 «Об утверждении Типовой программы Комплексной проверки деятельности страховой медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере ОМС на территории Карачаево-Черкесской Республики».

5. Ведущему специалисту отдела по кадровому и организационно-техническому обеспечению Чачевой З.М. обеспечить передачу копии приказа начальнику контрольно-ревизионного отдела Текееву А.Ю. под подпись и начальнику отдела автоматизации информационного обеспечения Кучукову Г.З. для размещения на сайте.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора по финансово-экономическим вопросам - главного бухгалтера Джашакуеву Г.А.

Директор



А.С. Джанкезов

Утверждаю:

Директор ТФОМС КЧР



А.С. Джанкезов

« 02 » февраля 2023г.

Типовая программа

Комплексной проверки деятельности страховой медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Карачаево-Черкесской Республики.

Цель проверки: осуществление контроля за деятельностью страховой медицинской организации в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ) и выполнении обязательств согласно договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) страховой медицинской организацией.

Тема проверки: соблюдение законодательства об ОМС и использование средств ОМС страховой медицинской организацией (далее – СМО), осуществляющей деятельность в сфере ОМС на территории Карачаево-Черкесской Республики (далее-КЧР)

Программа проверки включает ознакомление с материалами предыдущих проверок, проведенных ТФОМС КЧР и (или) контролирующими органами (организациями), в том числе: анализ отчетов СМО, анализ данных о численности застрахованных лиц СМО на территории КЧР и динамике ее изменения, рассмотрение иных документов, касающихся деятельности проверяемой СМО в сфере ОМС, а также нижеуказанные вопросы деятельности СМО, подлежащие проверке.

При необходимости подлежащие проверке вопросы могут уточняться и дополняться в ходе проведения контрольного мероприятия.

1. Общие положения, в том числе:

проверка учредительных документов СМО, изменений и дополнений к ним;

проверка доверенности, выданной руководителю филиала СМО, срок ее действия;

проверка лицензии СМО на проведение ОМС, дата ее выдачи федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности;

соблюдение СМО норм части 3 статьи 14 Федерального закона № 326-ФЗ (отсутствие иной деятельности страховой медицинской организации, кроме деятельности по обязательному и добровольному медицинскому страхованию);

соответствие уставного капитала СМО норме п.3 статьи 25 РЗ РФ от 27.11.1992 N 4015-1 "Об организации страхового дела в Российской Федерации";(положение о филиале, расчетный счет, наличие копии генеральной лицензии ЦБ у банка где открыт счет)

соответствие документов СМО сведениям, содержащимся в реестре СМО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории КЧР.

Сведения об остатках средств ОМС на начало и конец проверяемого периода на счетах СМО.

Наличие собственного официального сайта СМО в сети "Интернет".
Соблюдение требований к размещению СМО информации, установленных правилами обязательного медицинского страхования,
Наличие типового договора о финансовом обеспечении с ТФОМС.

2. Соблюдение порядка выдачи полиса ОМС застрахованному лицу, установленного Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н.

проверка заявления о выборе (замене) СМО;

проверка доверенности от представителя застрахованного лица;

соблюдение СМО требований, установленных главой II Правил ОМС, при подаче заявления о выборе (замене) СМО застрахованным лицом;

соблюдение порядка выдачи полиса ОМС либо временного свидетельства застрахованному лицу, установленного главой IV Правил ОМС;

соблюдение сроков передачи информации о застрахованном лице, подавшем заявление о выборе (замене) СМО, в ТФОМС 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 ОМС, 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 СМО, 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 ТФОМС, достоверность сведений, внесенных СМО в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц;

своевременность выдачи полиса ОМС застрахованному лицу (в срок, установленный пунктом 50 Правил ОМС, не превышающий срока действия временного свидетельства) и причины несоблюдения сроков выдачи;

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

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

достоверность данных о численности застрахованных лиц, используемой СМО при составлении заявок на получение средств от ТФОМС;

осуществление СМО 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 ОМС в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ.

3. Организация работы пунктов выдачи полисов ОМС.

Количество пунктов выдачи полисов ОМС, наличие информации о графике их работы (соответствие работы), наличие информационно-справочных материалов (образцы заявлений) наличие условий в пунктах выдачи полисов обязательного медицинского страхования, для лиц с ограниченными возможностями здоровья;

4. Проверка ведения учета бланков временных свидетельств и полисов ОМС как бланков строгой отчетности, в том числе:

наличие аналитического учета по каждому виду бланков строгой отчетности и местам 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 СМО, согласованного с ТФОМС, о создании комиссии по списанию и уничтожению полисов и временных свидетельств;

соблюдение сроков проведения инвентаризации, установленных учетной политикой СМО (в ходе проверки может быть проведена

инвентаризация или выборочная инвентаризация полисов ОМС и бланков временных свидетельств, в том числе в пунктах выдачи полисов ОМС).

5. Проверка расчетов за медицинскую помощь, предоставленную по ОМС застрахованным лицам, в том числе:

наличие договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС; соответствие заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС форме типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, утвержденной приказом Минздрава России от 24.12.2012 N 1355н

наличие отказов в заключении договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС с МО, включенной в реестр МО;

проверка расчетных счетов СМО (в том числе проверка договора с банком на расчетно-кассовое обслуживание) и учет денежных средств ОМС на счетах;

соблюдение требования раздельного учета операций по добровольному и обязательному медицинскому страхованию;

наличие остатков средств ОМС на дату начала и окончания проверяемого периода, а также на дату начала проведения проверки;

своевременность представления СМО в ТФОМС 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 (с учетом авансов МО, не подтвержденных реестрами счетов за предыдущий месяц) и направление целевых средств в МО, в том числе с целью исключения фактов завышения сумм средств в заявке на получение средств от ТФОМС и фактов необоснованного получения средств по указанной заявке вследствие недостоверных данных о численности застрахованных лиц данной СМО;

правильность формирования целевых средств на оплату медицинской помощи за счет средств, поступивших из ТФОМС на финансовое обеспечение ОМС, средств, поступивших из МО в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в сфере ОМС, средств, поступивших от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованным лицам

своевременность и полнота перечисления из СМО в ТФОМС средств, являющихся источником формирования НСЗ территориального фонда на финансовое обеспечение мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам

повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования, в соответствии с требованиями, установленными

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

наличие отдельного учета собственных средств и целевых средств на оплату медицинской помощи а также отдельного аналитического учета по поступлению и расходованию средств направленных в ТФОМС на обеспечение мероприятий в части НСЗ;

использование целевых средств, полученных в проверяемом периоде, и переходящих остатков целевых средств на оплату медицинской помощи в соответствии с нормативными положениями части 6 статьи 39 Федерального закона № 326-ФЗ и условиями договора о финансовом обеспечении ОМС и договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, путем проверки банковских операций СМО и реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи (с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС);

соответствие произведенной оплаты медицинской помощи СМО стоимости оказанной медицинской помощи в представленных МО реестрах счетов и счетах на оплату медицинской помощи (с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС);

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 СМО;

выполнение СМО условий договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС в части соблюдения сроков перечисления средств МО;

своевременность оплаты МО медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС;

обоснованность обращений СМО в ТФОМС за предоставлением целевых средств сверх установленного объема средств на оплату медицинской помощи для данной СМО из НСЗ ТФОМС

Своевременность направления СМО полученных средств НСЗ территориального фонда на оплату медицинской помощи, оказанной в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования,

наличие актов сверки расчетов между СМО и МО в соответствии с условиями договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС;

своевременность и полнота возврата остатка целевых средств в ТФОМС после завершения расчетов с МО за отчетный месяц;

соблюдение сроков возврата (возмещения) СМО средств ОМС, использованных не по целевому назначению, в бюджет ТФОМС и уплаты штрафных санкций по результатам проверок, ранее проведенных ТФОМС (при наличии);

достоверность и своевременность представления в ТФОМС отчетов о деятельности СМО в сфере ОМС и отчетов о поступлении и расходовании средств ОМС СМО.(ф№10)

Осуществление СМО 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 N 326-ФЗ

6. Проверка организации и проведения контроля СМО объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС:

соблюдение СМО правил и процедуры организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, установленных приказом ФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее – приказ ФОМС № 36);

выполнение планов деятельности СМО в части организации и проведения контроля, в том числе планов проверок страховой медицинской организацией медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по договорам на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, согласованных с территориальным фондом;

соблюдение сроков проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

выполнение объемов МЭК, МЭЭ и ЭКМП, установленных порядком организации и проведения контроля;

наличие фактов оплаты медицинской помощи по счетам и реестрам счетов с нарушениями в их оформлении и предъявлении на оплату МО согласно разделу 5 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющегося приложением 8 к Порядку организации и проведения контроля объемов,

сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, утвержденному приказом ФОМС № 36.

соответствие специалистов-экспертов, проводящих медико-экономическую экспертизу, требованиям части 5 статьи 40 Федерального закона N 326-ФЗ, Порядку организации и проведения контроля.(приказ ФФОМС №36)

соответствие экспертов качества медицинской помощи, проводящих экспертизу качества медицинской помощи, требованиям части 7 статьи 40 Федерального закона N 326-ФЗ, Порядку организации и проведения контроля.

соблюдение сроков проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи

выполнение объемов медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи,

достоверность и своевременность представления отчетов о результатах контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

наличие необоснованного снятия с МО денежных средств по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи при осуществлении ОМС;

наличие претензий от МО по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, проводимого СМО.

7. Проверка деятельности СМО по защите прав и законных интересов застрахованных лиц информационному сопровождению застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи.

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;

прием, учет (регистрации) поступающих обращений (жалоб, заявлений) застрахованных лиц, в том числе о выборе врача и МО, об объеме и качестве медицинской помощи, оказанной в МО, и др.;

своевременность рассмотрения и обоснованности принимаемых по обращениям решений (наличие фактов нарушения сроков рассмотрения обращений застрахованных лиц, не доведения до заявителя результатов рассмотрения обращений (жалоб, заявлений) или экспертизы качества медицинской помощи);

учет проведенных плановых и внеплановых экспертиз качества медицинской помощи, в том числе повторных при несогласии МО;

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 СМО, возникающих между МО и пациентами;

наличие информации о согласии гражданина или его законного представителя на урегулирование конфликтной ситуации в досудебном порядке, предлагаемое МО или СМО;

организация и проведение СМО мероприятий, направленных на изучение удовлетворенности граждан качеством оказанной медицинской помощи;

наличие в СМО анализа результатов социологических опросов (анкетирования) об удовлетворенности застрахованных лиц доступностью и качеством медицинской помощи;

наличие в СМО анализа проведенной работы с обращениями граждан и принятых мер, направленных на предупреждение возникновения жалоб;

достоверность и своевременность представления отчетов об организации защиты прав застрахованных лиц в сфере ОМС.

Проведение социологических опросов в соответствии с приказами ФОМС от 11.06.2015 N 103 "Об утверждении Методических указаний по проведению социологических опросов (анкетирования) застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования", от 29.05.2009 N 118 "Об утверждении Методических рекомендаций "Организация проведения социологического опроса (анкетирования) населения об удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования»

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

8. Проверка организации работы с застрахованными лицами уполномоченных лиц СМО (далее – страховые представители), в том числе:

количество МО, имеющих представителей СМО;

количество предоставленных консультаций представителями СМО в МО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, в том числе на 100 000 застрахованных лиц в СМО.

проверка сведений о количестве страховых представителей по уровням, о прохождении ими специальной подготовки, сравнение с данными, отраженными в формах мониторинга численности страховых представителей и деятельности контакт-центров СМО (письмо ФОМС от 14.09.2016 № 8530/30-2/и) и отчета об информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи (приказ ФОМС от 31.12.2013 № 294 «Об утверждении формы отчетности» (в редакции приказа ФОМС от 21.12.2016 № 287);

организация работы страховых представителей 1 уровня в рамках деятельности Контакт-центра в субъекте Российской Федерации согласно Регламенту работы Контакт-центра в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденному приказом ФОМС от 24.12.2015 № 271 (наличие и содержание типовых сценариев ответов по устным обращениям граждан по вопросам ОМС справочно-консультативного характера (типовые вопросы), осуществление страховым представителем 1 уровня в рамках Регламента взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи, утвержденного приказом ФОМС от 11.05.2016 № 88 (далее – Регламент), информирование обратившихся застрахованных лиц о возможности прохождения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров, а также телефонного опроса застрахованных лиц в целях уточнения своевременности исполнения МО по организации привлечения населения к прохождению профилактических мероприятий, выяснения причин отказов от них (наличие установленной формы телефонного опроса);

организация работы страховых представителей 2 уровня – специалистов СМО по информированию и сопровождению застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи, в том числе профилактических мероприятий, по защите прав и законных интересов застрахованных в сфере ОМС в рамках Регламента, в части организации прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий (раздел III Регламента) и при оказании им специализированной медицинской помощи в плановом порядке (раздел IV Регламента);

организация работы страховых представителей 3 уровня – специалистов-экспертов СМО или эксперта качества медицинской помощи, деятельность которого направлена на работу с письменными обращениями застрахованных лиц, в рамках Регламента.

9. Проверка соблюдения СМО, в том числе страховыми представителями, при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи Правил ОМС, Порядка информационного взаимодействия при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденного приказом ФОМС от 20.12.2013 № 263 и Регламента, в том числе:

ведение СМО учета установленной главой XV Правил ОМС информации, размещаемой ТФОМС, МО в программном комплексе ТФОМС, интегрированного с информационными системами ТФОМС по персонифицированному учету сведений о застрахованных лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, работающего

круглосуточно в режиме онлайн (далее – информационный ресурс), необходимой для осуществления информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи;

информирование СМО МО о застрахованных лицах, получивших направление на госпитализацию, об объемах медицинской помощи и количестве свободных мест для госпитализации в плановом порядке в разрезе профилей (отделений) оказания медицинской помощи по каждой МО, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в условиях дневного стационара и/или специализированную медицинскую помощь; о застрахованных лицах, в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация, в том числе из-за отсутствия медицинских показаний;

соблюдение СМО сроков обновления данных в информационном ресурсе (не реже одного раза в сутки) в соответствии с установленным ТФОМС графиком передачи информации МО и СМО, а при наличии возможностей – в режиме реального времени;

полнота, достоверность и своевременность предоставления СМО в ТФОМС данных по форме «Отчет об информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи, утвержденной приказом ФОМС от 31.12.2013 № 294 «Об утверждении формы отчетности».