

УТВЕРЖДАЮ

Председатель Федерального фонда
обязательного медицинского страхования



Е.Е. Черныхова

«22» марта 2022 года

**Типовая программа проверки (ревизии) соблюдения законодательства
об обязательном медицинском страховании и использования средств
обязательного медицинского страхования страховой медицинской
организацией (филиалом страховой медицинской организации)**

Типовая программа проверки (ревизии) соблюдения законодательства об обязательном медицинском страховании и использования средств обязательного медицинского страхования страховой медицинской организацией (филиалом страховой медицинской организации) (далее – Типовая программа проверки) разработана в соответствии с пунктом 7 Порядка осуществления Федеральным фондом обязательного медицинского страхования контроля за соблюдением законодательства об обязательном медицинском страховании и за использованием средств обязательного медицинского страхования, утвержденного приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19 декабря 2013 г. № 260 (далее – Порядок осуществления контроля).

Цель проверки (ревизии): контроль за соблюдением законодательства об обязательном медицинском страховании и использованием средств обязательного медицинского страхования страховой медицинской организацией (филиалом страховой медицинской организации), осуществляющей (осуществлявшей) деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее соответственно – страховая медицинская организация, СМО, филиал страховой медицинской организации, филиал СМО).

Перечень вопросов Типовой программы проверки предназначен для осуществления проверки (ревизии) страховой медицинской организации (филиала страховой медицинской организации) и составления акта (справки) проверки соблюдения законодательства об обязательном медицинском страховании и использования средств обязательного медицинского страхования страховой медицинской организацией (филиалом страховой медицинской организации).

При проведении проверки (ревизии) комиссией Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – Федеральный фонд) изучается исполнение законодательства об обязательном медицинском страховании, нормативных правовых актов органов государственной власти Российской Федерации, анализируются принятые в субъекте Российской Федерации нормативные правовые акты по обязательному медицинскому страхованию

и их соответствие законодательству Российской Федерации, а также осуществляется проверка использования средств обязательного медицинского страхования страховой медицинской организацией (филиалом страховой медицинской организации).

При проведении проверки проверяемым периодом является предыдущий отчетный финансовый год и отчетный период текущего года. Вопросы настоящей Типовой программы проверки могут рассматриваться не в полном объеме, а также исходя из необходимости и конкретных обстоятельств при осуществлении проверки (ревизии) комиссией Федерального фонда может рассматриваться информация по вопросам и периодам деятельности в сфере обязательного медицинского страхования страховой медицинской организации (филиала страховой медицинской организации), не включенным в проверяемый период и настоящую Типовую программу проверки или программу проверки.

В соответствии с пунктом 17 Порядка осуществления контроля председатель комиссии Федерального фонда и члены комиссии Федерального фонда при проведении проверки имеют право по решению председателя комиссии Федерального фонда в рамках проверки объекта контроля при необходимости проводить проверки других объектов контроля и (или) их структурных подразделений по отдельным вопросам программы проверки или Типовой программы проверки.

I. Общие вопросы

1. Сведения о головной организации, обособленном подразделении (филиале) (дата начала осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе по месту нахождения объекта проверки на территории субъекта Российской Федерации):

учредительные документы;

свидетельство о государственной регистрации;

лицензии страховой медицинской организации;

размер уставного капитала СМО, его соответствие требованиям пункта 3 статьи 25 Закона Российской Федерации от 27 ноября 1992 г. № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации»;

положение об обособленном подразделении (филиале).

2. Соответствие документов СМО сведениям, содержащимся в реестре страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации (далее – реестр страховых медицинских организаций).

3. Расчетные счета СМО.

Соответствие кредитных организаций, в которых СМО (филиалом СМО) открыты отдельные банковские счета для осуществления операций со средствами целевого финансирования, требованиям постановления Правительства Российской Федерации от 7 марта 2015 г. № 204 «Об установлении требований к кредитным организациям, в которых страховые медицинские организации открывают отдельные

банковские счета для осуществления операций со средствами целевого финансирования», в том числе:

наличие в СМО договора (договоров) банковского счета в российских рублях юридического лица – резидента Российской Федерации и расчетного счета (расчетных счетов) для операций по обязательному медицинскому страхованию, открытого в конкретной кредитной организации;

наличие в СМО копии генеральной лицензии Центрального банка Российской Федерации на осуществление банковских операций у кредитной организации, в которой открыт расчетный счет для операций по обязательному медицинскому страхованию;

установление наличия у кредитной организации собственных средств (капитала) в размере не менее 10 млрд. рублей по имеющейся в Центральном банке Российской Федерации отчетности на день проверки соответствия кредитной организации требованиям, предусмотренным постановлением Правительства Российской Федерации от 7 марта 2015 г. № 204 «Об установлении требований к кредитным организациям, в которых страховые медицинские организации открывают отдельные банковские счета для осуществления операций со средствами целевого финансирования», либо нахождение кредитной организации под прямым или косвенным контролем Центрального банка Российской Федерации или Российской Федерации (кредитная организация включена в перечень кредитных организаций, размещаемый Центральным банком Российской Федерации на своем официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» в соответствии с частью 3 статьи 2 Федерального закона от 21 июля 2014 г. № 213-ФЗ «Об открытии банковских счетов и аккредитивов, о заключении договоров банковского вклада, договора на ведение реестра владельцев ценных бумаг хозяйственными обществами, имеющими стратегическое значение для оборонно-промышленного комплекса и безопасности Российской Федерации, и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», на основании требования, предусмотренного пунктом 2 части 1 статьи 2 указанного Федерального закона);

установление соответствия реквизитов банковского счета СМО, представленного в территориальный фонд обязательного медицинского страхования (далее – территориальный фонд) для перечисления целевых средств обязательного медицинского страхования, реквизитам, указанным в договоре банковского счета в российских рублях юридического лица – резидента Российской Федерации.

4. Сведения об остатках средств обязательного медицинского страхования на дату начала и окончания проверяемого периода, а также на дату начала проведения проверки, подтвержденные копиями выписок из лицевого счета СМО, заверенными кредитной организацией, в которой открыт расчетный счет.

5. Наличие оснований для подписи должностными лицами СМО платежных документов при проведении финансово-хозяйственных операций.

6. Соблюдение СМО норм части 3 статьи 14 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ) (отсутствие иной

деятельности страховой медицинской организации, кроме деятельности по обязательному и добровольному медицинскому страхованию).

7. Наличие собственного официального сайта СМО в сети «Интернет». Соблюдение требований к размещению СМО информации, установленных Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздрава России от 28 февраля 2019 г. № 108н (далее – Правила ОМС). Соответствие информации, размещенной на официальном сайте СМО в сети «Интернет», законодательным и иным нормативным правовым актам.

8. Наличие договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования с территориальным фондом; анализ договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и дополнительных соглашений к нему; их соответствие форме типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 9 сентября 2011 г. № 1030н (далее – Типовой договор (договор) о финансовом обеспечении).

II. Организация выдачи полисов обязательного медицинского страхования, ведения учета застрахованных лиц

1. Проверка исполнения Федерального закона № 326-ФЗ при осуществлении обязательного медицинского страхования, в том числе иностранных граждан и лиц без гражданства, а также лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом от 19 февраля 1993 г. № 4528-1 «О беженцах», и соблюдения порядка выдачи полиса обязательного медицинского страхования застрахованному лицу, установленного Правилами ОМС:

наличие заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации или о выдаче дубликата полиса обязательного медицинского страхования или переоформлении полиса (далее – заявления) лиц, застрахованных данной СМО;

полнота, достоверность и правильность отражения сведений о застрахованных лицах, их представителях (при наличии) в заявлениях и информации, передаваемой из СМО в территориальный фонд;

своевременность передачи сведений о застрахованных лицах в территориальный фонд;

соблюдение порядка подачи заявления застрахованным лицом или его представителем и порядка выдачи полиса обязательного медицинского страхования либо временного свидетельства, подтверждающего оформление полиса и удостоверяющего право на бесплатное оказание застрахованному лицу медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая (далее – временное свидетельство), установленных главами II и IV Правил ОМС;

обоснованность и правомочность выдачи документов, подтверждающих факт страхования, иностранным гражданам и лицам без гражданства, а также лицам, имеющим право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом от 19 февраля 1993 г. № 4528-1 «О беженцах».

2. Выполнение требований Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденного приказом Минздравсоцразвития России от 25 января 2011 г. № 29н, в части:

соблюдения сроков передачи данных о застрахованных лицах и сведений об изменениях в этих данных в территориальный фонд;

достоверность и полнота сведений, передаваемых в целях актуализации регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц;

соблюдения сроков обработки информации, направляемой территориальным фондом для актуализации регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц.

3. Осуществление информирования застрахованных лиц о сроках оформления и выдачи полисов в целях обеспечения своевременной выдачи полисов.

4. Своевременность выдачи полиса застрахованному лицу (в срок, установленный Правилами ОМС) и причины несоблюдения сроков выдачи.

5. Соблюдение сроков и порядка информирования граждан о факте страхования и необходимости получения полиса – для граждан, сведения о которых получены СМО от территориального фонда в соответствии с частью 6 статьи 16 Федерального закона № 326-ФЗ.

6. Информация о численности застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц в СМО, в том числе по месту нахождения объекта проверки в субъекте Российской Федерации, динамика ее изменения. Анализ численности застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц в СМО относительно общей численности застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц в субъекте Российской Федерации (относительно численности населения субъекта Российской Федерации по данным статистики). Структура застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц в СМО по половозрастным группам, по статусу (работающий, неработающий).

7. Наличие актов сверки с территориальным фондом численности застрахованных лиц на первое число каждого месяца; соответствие указанных данных численности застрахованных лиц, используемой СМО при составлении заявок на получение целевых средств от территориального фонда.

8. Наличие актов сверки численности прикрепившихся застрахованных лиц по договорам на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключенным с медицинскими организациями, оказывающими амбулаторную медицинскую помощь.

III. Организация работы пунктов выдачи полисов обязательного медицинского страхования

1. Количество пунктов выдачи полисов обязательного медицинского страхования.

2. Наличие информации о графике работы пунктов выдачи полисов обязательного медицинского страхования.

3. Наличие информационно-справочных материалов по обязательному

медицинскому страхованию (в том числе информации о деятельности и опыте работы страховой медицинской организации в сфере обязательного медицинского страхования, образцы заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации и заявления о выдаче дубликата или переоформлении полиса обязательного медицинского страхования, информации об обязанностях и правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования, перечень медицинских организаций, предоставляющих медицинскую помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и др.).

4. Наличие условий для приема посетителей в пунктах выдачи полисов обязательного медицинского страхования, в том числе лиц с ограниченными возможностями здоровья.

5. Соответствие сведений о работе пункта (пунктов) выдачи полисов обязательного медицинского страхования информации, размещенной на официальных сайтах территориального фонда и СМО в сети «Интернет».

IV. Проверка ведения учета бланков временных свидетельств и полисов обязательного медицинского страхования как бланков строгой отчетности

1. Наличие аналитического учета по каждому виду бланков строгой отчетности и местам их хранения.

2. 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.

3. Наличие приказа СМО, согласованного с территориальным фондом, о создании комиссии по списанию и уничтожению полисов обязательного медицинского страхования и временных свидетельств; сведения о реализации указанного приказа.

4. Соблюдение сроков проведения инвентаризации, установленных учетной политикой СМО (в ходе проверки может быть проведена инвентаризация или выборочная инвентаризация полисов обязательного медицинского страхования и бланков временных свидетельств, в том числе в пунктах выдачи полисов обязательного медицинского страхования).

V. Осуществление оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам

1. Договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в том числе их соответствие форме типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденной приказом Минздрава России от 30 декабря 2020 г. № 1417н (далее – Типовой договор (договор) на оказание и оплату медицинской помощи).

2. Соблюдение СМО нормы части 1 статьи 39 Федерального закона № 326-ФЗ (заключение договора на оказание и оплату медицинской помощи между медицинской организацией, включенной в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования и которым решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств обязательного медицинского страхования, территориальным фондом и страховой медицинской организацией, участвующей в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее соответственно – МО, Реестр МО).

Наличие отказов в заключении договора на оказание и оплату медицинской помощи с МО, включенной в Реестр МО.

3. Своевременность представления СМО 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.

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 МО.

4. Правильность формирования целевых средств на оплату медицинской помощи за счет средств, поступивших:

из территориального фонда на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования;

из МО 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.

5. Проверка определения ежемесячного объема финансирования медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях и (или) скорую медицинскую помощь, согласно актам сверки численности прикрепившихся застрахованных лиц по договорам на оказание и оплату медицинской помощи, заключенным с указанными медицинскими организациями, и тарифов, установленных на основе подушевого норматива финансирования.

6. Своевременность и полнота перечисления страховыми медицинскими организациями в территориальный фонд средств, являющихся источником формирования нормированного страхового запаса 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 частью 6.3 статьи 26 Федерального закона № 326-ФЗ, Типовым договором

о финансовом обеспечении.

7. Правильность формирования собственных средств в сфере обязательного медицинского страхования в соответствии с требованиями, установленными частью 4 статьи 28 Федерального закона № 326-ФЗ, Типовым договором о финансовом обеспечении.

8. Соблюдение требований раздельного учета операций по добровольному и обязательному медицинскому страхованию (в случаях осуществления деятельности по добровольному медицинскому страхованию).

9. Наличие раздельного учета собственных средств и целевых средств на оплату медицинской помощи; наличие раздельного аналитического учета поступления и расходования средств, направляемых в территориальный фонд для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования (по результатам проведения медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, в результате уплаты штрафов).

10. Использование целевых средств, полученных в проверяемом периоде на оплату медицинской помощи. Проверка использования целевых средств осуществляется 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 обязательному медицинскому страхованию).

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 обязательному медицинскому страхованию).

11. 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.

12. Выполнение СМО условий договоров на оказание и оплату медицинской помощи в части соблюдения сроков перечисления средств МО.

Своевременность оплаты медицинской помощи, оказанной МО застрахованным лицам, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

13. 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.

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.

14. Наличие задолженности СМО перед медицинскими организациями и выявление ее причин, наличие и обоснованность претензий медицинских организаций к СМО.

15. Наличие актов сверки расчетов между СМО и медицинскими организациями (ежемесячных и по состоянию на конец финансового года), подтверждающих сумму окончательного расчета между сторонами; соответствие данных, содержащихся в актах сверки расчетов между территориальным фондом и СМО, данным бухгалтерского учета СМО.

16. Своевременность и полнота возврата остатка целевых средств в территориальный фонд после завершения расчетов с МО за отчетный месяц.

17. Соблюдение сроков возврата (возмещения) СМО 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).

18. Достоверность и своевременность представления в территориальный фонд отчетов по форме № 10 (ОМС) «Сведения о поступлении и расходовании средств ОМС страховыми медицинскими организациями», утвержденной приказом Росстата от 25 января 2017 г. № 36 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере обязательного медицинского страхования», и по форме № 2 «Отчет о деятельности страховой медицинской организации в сфере обязательного медицинского страхования», утвержденной приказами Федерального фонда от 16 августа 2011 г. № 146 «Об утверждении форм отчетности», от 29 ноября 2018 г. № 262 «Об установлении форм отчетности в сфере обязательного медицинского страхования и порядка их ведения».

19. 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 № 326-ФЗ.

VI. Организация и проведение страховой медицинской организацией контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

1. Соблюдение СМО правил и процедуры организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленных приказом Федерального фонда от 28 февраля 2019 г. № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому

страхованию» (утратил силу с 25 мая 2021 г.) и приказом Минздрава России от 19 марта 2021 г. № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» (далее – Порядок организации и проведения контроля):

выполнение планов деятельности страховой медицинской организации 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, согласованных с территориальным фондом;

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

выполнение объемов медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, установленных Порядком организации и проведения контроля;

проведение страховыми медицинскими организациями экспертных мероприятий с использованием индивидуальных чек-листов по случаям оказания медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, при которых отмечалась тяжелая и крайне тяжелая степень течения заболевания, по случаям с неблагоприятным исходом и ухудшением (утяжелением) в условиях круглосуточного стационара и амбулаторно-поликлинических условиях в соответствии с Порядком организации и проведения контроля (письмо Минздрава России и Федерального фонда от 2 декабря 2021 г. соответственно № 30-4/И/ 2-20059, № 00-10-30-4-04/7196).

2. Соответствие специалистов-экспертов, проводящих медико-экономическую экспертизу, требованиям части 5 статьи 40 Федерального закона № 326-ФЗ, Порядку организации и проведения контроля.

3. Соответствие экспертов качества медицинской помощи, проводящих экспертизу качества медицинской помощи, требованиям части 7 статьи 40 Федерального закона № 326-ФЗ, Порядку организации и проведения контроля.

4. Наличие претензий от медицинских организаций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, проводимого СМО.

5. Количество реэкспертиз, в которых территориальным фондом выявлены нарушения, не выявленные СМО при проведении экспертизы. Доля нарушений, выявленных территориальным фондом по результатам реэкспертизы, которые не были выявлены страховой медицинской организацией при проведении экспертизы качества медицинской помощи (в процентах).

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

7. Достоверность и своевременность представления в территориальный фонд отчетов по форме № ЗПЗ «Организации защиты прав застрахованных лиц в сфере

обязательного медицинского страхования», утвержденной приказом Федерального фонда от 25 марта 2019 г. № 50 (далее – форма № ЗПЗ).

8. Возможности осуществления программным комплексом СМО по ведению персонифицированного учета сведений об оказанной застрахованным лицам медицинской помощи автоматизированной выборки случаев для проведения экспертных мероприятий; формирования установленной в сфере обязательного медицинского страхования отчетности в части экспертизы объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и защиты прав застрахованных лиц.

VII. Деятельность страховой медицинской организации по защите прав и законных интересов застрахованных лиц и информационному сопровождению застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи, установленному главой XV Правил ОМС

1. Работа с обращениями граждан; выполнение требований Федерального закона от 2 мая 2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» и иных нормативных правовых актов, регламентирующих работу с обращениями граждан:

прием, регистрация и учет поступивших обращений граждан, а также результатов их рассмотрения, в том числе в электронном журнале обращений граждан;

своевременность рассмотрения и направления ответов по существу поставленных в обращении вопросов;

обеспечение предоставления информации застрахованным лицам, задавшим вопрос, в том числе по электронной почте или на официальном сайте СМО в информационно-коммуникационной сети «Интернет» в режиме «вопрос-ответ».

Наличие анализа проведенной работы СМО с обращениями граждан и принятых мер, направленных на предупреждение возникновения жалоб.

2. Достоверность отчетных данных формы № ЗПЗ о количестве поступивших обращений (жалоб, заявлений).

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

4. Учет случаев досудебного и судебного разрешения спорных вопросов и конфликтных ситуаций при участии СМО, возникающих между медицинскими организациями и пациентами. Доля судебных исков и досудебных претензий, по которым приняты решения по их удовлетворению, к общему количеству судебных исков и досудебных претензий, инициированных СМО.

5. Организация и проведение СМО мероприятий, направленных на изучение удовлетворенности граждан качеством оказанной медицинской помощи.

Проведение социологических опросов с учетом приказов Федерального фонда от 11 июня 2015 г. № 103 «Об утверждении Методических указаний по проведению социологических опросов (анкетирования) застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования», от 29 мая 2009 г. № 118 «Об утверждении

Методических рекомендаций «Организация проведения социологического опроса (анкетирования) населения об удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования».

Количество граждан, опрошенных с целью изучения удовлетворенности организацией, условиями, доступностью и качеством медицинской помощи.

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

6. Деятельность СМО по информационному сопровождению застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи, установленному Типовым договором о финансовом обеспечении, главой XV Правил ОМС, в том числе:

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 № 326-ФЗ; наличие информационных стендов (плакатов) в пунктах выдачи полисов обязательного медицинского страхования; количество медицинских организаций, обеспеченных информационными стендами о деятельности СМО и о правах застрахованных лиц;

наличие заключенных договоров с почтовыми службами, мобильными операторами связи и анализ их исполнения. Сведения об информационных материалах, размещенных в средствах массовой информации (телевидение, печатные СМИ), пунктах выдачи полисов обязательного медицинского страхования, медицинских организациях).

7. Организация работы с застрахованными лицами уполномоченных лиц страховой медицинской организации (далее – страховые представители).

Деятельность страховых представителей СМО в медицинских организациях.

Сведения о количестве страховых представителей по уровням, о прохождении ими специальной подготовки. Сравнение с данными, отраженными в форме отчета об информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи (с учетом приказа Федерального фонда от 31 декабря 2013 г. № 294 «Об утверждении формы отчетности»).

8. Численность застрахованных в СМО лиц, подлежащих профилактическим осмотрам в текущем году; численность застрахованных в СМО лиц, прошедших профилактические осмотры; доля граждан, прошедших профилактические мероприятия, к общему числу застрахованных СМО граждан, подлежащих профилактическим осмотрам в текущем году.

9. Анализ страховой медицинской организацией данных о результатах опросов застрахованных лиц об уточнении своевременности исполнения медицинской организацией мероприятий по организации привлечения населения к прохождению профилактических мероприятий, выяснения причин отказов от них. Доведение СМО указанных результатов опроса до руководителей медицинских организаций,

территориального фонда, органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения.

10. Соблюдение СМО, в том числе страховыми представителями, при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи, положений главы XV Правил ОМС, в том числе:

ведение СМО учета установленной главой XV Правил ОМС информации, размещаемой территориальным фондом, медицинскими организациями в программного комплексе территориального фонда, интегрированного с информационными системами территориального фонда 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 медицинских организаций 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 медицинской организации, 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;

осуществление СМО информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи и обеспечение информирования застрахованных лиц и их законных представителей, в том числе по обращениям, путем организации работы с застрахованными лицами уполномоченных лиц страховой медицинской организации, о:

- прохождении, в том числе в вечерние часы и в субботу, профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, в том числе для выявления болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний, формирующих основные причины смерти населения, а также о возможности дистанционной записи на медицинские исследования;

- прохождении диспансерного наблюдения застрахованными лицами, включенными в группы диспансерного наблюдения при наличии оснований согласно порядкам и срокам проведения диспансерного наблюдения, установленными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья, в том числе онкологическими больными;

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

обеспечение СМО контроля за соблюдением прав застрахованных лиц, в том числе с онкологическими заболеваниями, на оказание медицинской помощи

в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе своевременность проведения диагностических исследований и лечебных мероприятий;

формирование СМО на информационном ресурсе территориального фонда индивидуальной истории страховых случаев застрахованного лица с онкологическим заболеванием на основе сведений реестров счетов на оплату медицинской помощи на всех этапах ее оказания, по случаям подозрения на онкологическое заболевание или установленного диагноза онкологического заболевания, по впервые выявленным заболеваниям или продолжающегося лечения.

11. Полнота, достоверность и своевременность предоставления страховой медицинской организацией в территориальный фонд данных с учетом формы «Отчет об информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи», утвержденной приказом Федерального фонда от 31 декабря 2013 г. № 294.

12. Организация СМО обеспечения информирования застрахованных лиц о перечне оказанных им медицинских услуг и их стоимости, в том числе в личном кабинете застрахованного лица на официальном сайте СМО: количество застрахованных лиц, имеющих личный кабинет с доступом к медицинским данным; количество застрахованных лиц, воспользовавшихся личным кабинетом с доступом к медицинским данным и сведениям о стоимости оказанной медицинской помощи; количество застрахованных лиц, получивших справку на бумажном носителе.

13. Реализация национального проекта «Здравоохранение», в том числе федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» в части задачи 3 «Формирование системы защиты прав пациентов»; федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» в части мероприятия 1.3 «Финансовое обеспечение оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями» задачи «Разработка и реализация программ борьбы с онкологическими заболеваниями».