



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(Минздрав России)

МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ЗАРЕГИСТРИРОВАНО

Регистрационный № 63206

от "21 апреля" 2021 г.

П Р И К А З

26 марта 2021 г.

№ 2554

Москва

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

В соответствии с частью 11 статьи 40 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2020, № 50, ст. 8075), подпунктом 5.2.136⁵ Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. № 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 26, ст. 3526; 2020, № 52, ст. 8827), п р и к а з ы в а ю:

Утвердить порядок 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.

Министр

М.А. Мурашко

Утвержден
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от «16» марта 2021 г. № 255н

**Порядок
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**

I. Организация 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

1. Территориальным фондом обязательного медицинского страхования (далее – территориальный фонд) осуществляется контроль за деятельностью страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее – страховые медицинские организации), (филиалов страховых медицинских организаций) на основании договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключенного между территориальным фондом и страховой медицинской организацией (филиалом страховой медицинской организации).

2. Контроль осуществляется путем проведения проверок.

3. Проверки проводятся работниками территориального фонда с целью предупреждения и выявления нарушений норм, установленных Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2021, № 9, ст. 1467) (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ), другими федеральными законами и принимаемыми в соответствии с ними иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации.

4. Проверки проводятся в форме документарной (камеральной) и (или) выездной проверок.

Документарная (камеральная) проверка проводится без выезда по месту нахождения и (или) фактического осуществления деятельности страховой медицинской организации на основе представленных по запросам территориального фонда документов.

Выездная проверка проводится по месту нахождения и (или) фактического осуществления деятельности страховой медицинской организации.

5. Проверки могут быть комплексными, тематическими и контрольными.

Комплексная проверка проводится в целях рассмотрения комплекса вопросов, связанных с соблюдением законодательства Российской Федерации об обязательном медицинском страховании и с использованием средств обязательного медицинского страхования за определенный период деятельности страховой медицинской организации.

Тематическая проверка проводится в целях рассмотрения отдельных вопросов, связанных с соблюдением законодательства Российской Федерации об обязательном медицинском страховании и (или) с использованием средств обязательного медицинского страхования.

Контрольная проверка проводится в целях изучения результатов работы страховой медицинской организации по устранению нарушений и недостатков, ранее выявленных в ходе комплексной или тематической проверок.

6. Проверки могут быть плановыми и внеплановыми. Плановые проверки проводятся в соответствии с планом на очередной календарный год, утверждаемым директором территориального фонда.

Периодичность проведения плановых проверок устанавливается с учетом возможности полного охвата вопросов и периодов деятельности страховых медицинских организаций, но не реже чем 1 (один) раз в год. Периодичность проведения плановых комплексных проверок устанавливается не чаще чем 1 (один) раз в год.

Внеплановые проверки проводятся по приказу директора территориального фонда на основании представлений органов государственного контроля и надзора (далее – контрольный орган), обращений в адрес территориального фонда органов государственной власти субъекта Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – Федеральный фонд), обращений, жалоб и заявлений граждан, в связи с истечением срока исполнения страховой медицинской организацией требований территориального фонда об устранении нарушений и недостатков, и (или) возврате (возмещении) средств, и (или) уплате штрафов (пеней), проведением Федеральным фондом проверок соблюдения законодательства Российской Федерации об обязательном медицинском страховании на территории субъекта Российской Федерации и использования средств обязательного медицинского страхования участниками обязательного медицинского страхования, в случае прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, в том числе в связи с приостановлением или прекращением действия лицензии, ликвидации страховой медицинской организации, в связи с обращением страховой медицинской организации в территориальный фонд с заявкой на предоставление недостающих средств для оплаты медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

7. Проверка проводится сплошным или выборочным способом.

Сплошной способ заключается в проведении контрольного действия в отношении всей совокупности финансовых, бухгалтерских, отчетных и иных документов, относящихся к одному вопросу проверки.

Выборочный способ заключается в проведении контрольного действия в отношении части финансовых, бухгалтерских, отчетных и иных документов, относящихся к одному вопросу проверки. Объем выборки и ее состав определяются руководителем комиссии (рабочей группы) таким образом, чтобы обеспечить возможность оценки изучаемого вопроса проверки.

Решение об использовании сплошного или выборочного способа проведения контрольных действий по каждому вопросу проверки принимает директор (заместитель директора) территориального фонда и (или) руководитель комиссии (рабочей группы) исходя из содержания вопроса программы проверки, объема финансовых, бухгалтерских, отчетных и иных документов, относящихся к этому вопросу, состояния бухгалтерского учета, срока проведения проверки.

8. Основанием для проведения проверки является приказ территориального фонда, определяющий тему проверки, численный и персональный состав комиссии (рабочей группы), сроки проведения проверки, форму проверки (выездная или документарная (камеральная), проверяемый период.

Тема плановой проверки указывается в соответствии с планом проверок, тема внеплановой проверки указывается исходя из конкретных причин ее проведения.

Численный и персональный состав комиссии (рабочей группы) и срок проведения проверки устанавливаются с учетом темы проверки, особенностей деятельности страховой медицинской организации (в том числе численности застрахованных лиц страховой медицинской организацией, внесенных в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц, количества пунктов выдачи полисов обязательного медицинского страхования (далее – полис ОМС), количества медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования (далее – медицинские организации), заключивших со страховой медицинской организацией договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию), продолжительности проверяемого периода и способа проверки.

Срок проведения выездной проверки не может превышать 30 (тридцать) календарных дней. По мотивированному представлению руководителя комиссии (рабочей группы) срок проведения проверки может быть продлен на основании приказа территориального фонда, но не более чем на 10 (десять) календарных дней. Приказ территориального фонда о продлении сроков проверки доводится до сведения проверяемой страховой медицинской организации.

Срок проведения документарной (камеральной) проверки не может превышать 30 (тридцать) календарных дней со дня получения от страховой медицинской организации документов и материалов, представленных по запросу территориального фонда.

Приказ о проведении плановой проверки доводится до руководителя страховой медицинской организации не позднее, чем за 3 (три) рабочих дня до начала проверки.

Приказ о проведении внеплановой проверки доводится до руководителя страховой медицинской организации не менее чем за 24 (двадцать четыре) часа до начала проверки.

9. Для проведения проверки составляется программа проверки, утверждаемая директором территориального фонда.

Программа проверки должна содержать следующие сведения:

наименование страховой медицинской организации, деятельность которой подлежит проверке;

цель проверки;

тема проверки;

перечень вопросов деятельности страховой медицинской организации, подлежащих проверке (может быть использован перечень вопросов, отраженных в пунктах 13 - 17 настоящего порядка).

Программа проверки доводится до руководителя страховой медицинской организации вместе с приказом о проведении проверки.

10. Перед началом проверки руководитель и члены комиссии (рабочей группы) должны ознакомиться с заключенными между территориальным фондом и проверяемой страховой медицинской организацией договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, отчетными и статистическими данными, имеющимися в территориальном фонде, данными о численности застрахованных лиц страховой медицинской организацией в субъекте Российской Федерации и динамике ее изменения, с информацией территориального фонда, направленной в страховую медицинскую организацию, об исключении застрахованных лиц из регистра этой страховой медицинской организации по обоснованным причинам, с актами предыдущих проверок, проведенных территориальным фондом, актами проверок контрольных органов, информацией об устранении выявленных нарушений и недостатков и другими материалами, касающимися деятельности проверяемой страховой медицинской организации.

В программу проверки могут быть включены вопросы с учетом материалов предыдущих проверок, проведенных территориальным фондом и (или) контрольными органами, анализа отчетов страховой медицинской организации, данных о численности застрахованных лиц страховой медицинской организацией в субъекте Российской Федерации и динамике ее изменения, а также иных документов, касающихся деятельности проверяемой страховой медицинской организации.

II. Проведение проверки страховой медицинской организации

11. В день начала проведения проверки руководитель, члены комиссии (рабочей группы) предъявляют руководителю страховой медицинской организации (руководителю филиала страховой медицинской организации) копию приказа территориального фонда о проведении проверки, служебные удостоверения.

12. Руководитель страховой медицинской организации (руководитель филиала страховой медицинской организации) представляет руководителя и членов комиссии (рабочей группы) руководителям структурных подразделений страховой медицинской организации и назначает ответственное лицо, которое координирует работу структурных подразделений страховой медицинской организации при

проведении проверки страховой медицинской организации.

Руководитель страховой медицинской организации (руководитель филиала страховой медицинской организации) обязан предоставить руководителю и (или) членам комиссии (рабочей группы) возможность ознакомиться с документами, связанными с вопросами проверки, получать копии документов (в том числе в электронной форме) и копии иных записей (в присутствии сотрудников страховой медицинской организации), а также обеспечить доступ к информационным системам страховой медицинской организации, предназначенным для выполнения обязательств страховой медицинской организации (в том числе расположенным в пунктах выдачи полисов ОМС), в режиме просмотра и выборки необходимой информации.

13. Проверке подлежат основные вопросы деятельности страховых медицинских организаций:

осуществление деятельности в сфере обязательного медицинского страхования (пункт 14 настоящего порядка);

организация и проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (пункт 15 настоящего порядка);

защита прав и законных интересов застрахованных лиц, рассмотрение обращений и жалоб застрахованных лиц (пункт 16 настоящего порядка);

информирование застрахованных лиц и их законных представителей, в том числе информационное сопровождение застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи (пункт 17 настоящего порядка).

14. Проверка осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования включает проверку:

14.1. Учредительных документов страховой медицинской организации, изменений и дополнений к ним, в том числе в части размера уставного капитала страховой медицинской организации и состава ее учредителей.

14.2. Доверенности, выданной руководителю филиала страховой медицинской организации, срока ее действия (в случае проведения проверки деятельности филиала страховой медицинской организации).

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

14.4. Соблюдения страховой медицинской организацией норм части 3 статьи 14 Федерального закона № 326-ФЗ (отсутствие иной деятельности страховой медицинской организации, кроме деятельности по обязательному и добровольному медицинскому страхованию).

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

14.6. Соблюдения порядка выдачи полиса ОМС (в том числе в пунктах выдачи полисов ОМС), установленного Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской

Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 мая 2019 г., регистрационный № 54643), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 апреля 2020 г. № 299н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 апреля 2020 г., регистрационный № 58074), от 25 сентября 2020 г. № 1024н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 октября 2020 г., регистрационный № 60369), от 10 февраля 2021 г. № 65н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 марта 2021 г., регистрационный № 62797) (далее – Правила обязательного медицинского страхования):

заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации, о выдаче дубликата полиса ОМС, о переоформлении полиса ОМС;

доверенности от представителя застрахованного лица;

соблюдения страховой медицинской организацией требований, установленных главой II Правил обязательного медицинского страхования, при подаче заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации застрахованным лицом;

соблюдения порядка выдачи полиса ОМС либо временного свидетельства застрахованному лицу, предусмотренного главой IV Правил обязательного медицинского страхования;

своевременности выдачи застрахованному лицу или его представителю временного свидетельства, подтверждающего оформление полиса ОМС и удостоверяющего право на бесплатное оказание застрахованному лицу медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая;

соблюдения сроков передачи информации о застрахованном лице, подавшем заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации лично, через своего представителя или законного представителя в территориальный фонд и сроков проверки на наличие у застрахованного лица действующего полиса ОМС в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц;

соблюдения требований порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования¹, в том числе наличия приказа, определяющего работников страховой медицинской организации, допущенных к работе с региональным сегментом единого регистра застрахованных лиц, соблюдения сроков передачи данных о застрахованных лицах и сведений об изменениях в этих данных в территориальный фонд, достоверности сведений, внесенных страховой медицинской организацией в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц;

осуществления информирования застрахованных лиц о сроках оформления и выдачи полисов ОМС в целях обеспечения своевременной выдачи полисов ОМС;

своевременности выдачи полиса ОМС застрахованному лицу, его представителю, его законному представителю и причин несоблюдения сроков выдачи;

соблюдения сроков и порядка информирования граждан о факте страхования

¹ Часть 5 статьи 43 Федерального закона № 326-ФЗ.

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

информации о численности застрахованных лиц страховой медицинской организацией в субъекте Российской Федерации, динамики ее изменения;

наличия актов сверки с территориальным фондом данных о численности застрахованных лиц на первое число каждого месяца, достоверности указанных данных о численности застрахованных лиц;

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

осуществления страховой медицинской организацией сбора и обработки данных персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, обеспечения их сохранности и конфиденциальности, осуществление обмена указанными сведениями между участниками обязательного медицинского страхования в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ.

14.7. Ведения учета бланков временных свидетельств и полисов ОМС, как бланков строгой отчетности, в том числе проверяется:

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

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

наличие приказа страховой медицинской организации, согласованного с территориальным фондом, о создании комиссии по списанию и уничтожению полисов ОМС и временных свидетельств;

соблюдение сроков проведения инвентаризации, установленных учетной политикой страховой медицинской организации (в ходе проверки может быть проведена инвентаризация или выборочная инвентаризация полисов ОМС и бланков временных свидетельств, в том числе в пунктах выдачи полисов ОМС).

14.8. Осуществления оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в том числе проверяются:

расчетные счета страховой медицинской организации (в том числе проверяется договор с банком на расчетно-кассовое обслуживание) и учет денежных средств обязательного медицинского страхования на счетах;

соответствие кредитных организаций, в которых страховой медицинской организацией открыты отдельные банковские счета для осуществления операций со средствами целевого финансирования, требованиям нормативных правовых актов Российской Федерации;

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

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

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

правильность составления заявок на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи и на получение целевых средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь (с учетом авансов медицинских организаций, не подтвержденных реестрами счетов за предыдущий месяц) и направление целевых средств в медицинские организации, в том числе с целью исключения фактов завышения сумм средств в заявке на получение средств от территориального фонда и фактов необоснованного получения средств по указанной заявке вследствие недостоверных данных о численности застрахованных лиц данной страховой медицинской организацией;

правильность формирования целевых средств на оплату медицинской помощи за счет средств, поступивших из территориального фонда на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования, средств, поступивших из медицинских организаций в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования, средств, поступивших от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованным лицам (проверка формирования целевых средств осуществляется на основании проверки банковских операций страховой медицинской организации);

правильность формирования собственных средств из источников, предусмотренных Федеральным законом № 326-ФЗ, в соответствии с требованиями, установленными типовым договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, форма которого утверждена приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 сентября 2011 г. № 1030н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 19 октября 2011 г., регистрационный № 22082) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 октября 2014 г. № 590н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 ноября 2014 г., регистрационный № 34561), от 16 ноября 2015 г. № 806н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 26 ноября 2015 г., регистрационный № 39852), от 28 июня 2016 г. № 423н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 18 июля 2016 г., регистрационный № 42892), от 16 февраля 2017 г. № 62н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 мая 2017 г., регистрационный № 46571) и от 25 сентября 2020 г. № 1024н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 октября 2020 г., регистрационный № 60369) (далее – Типовой договор о финансовом обеспечении);

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

использование целевых средств, полученных в проверяемом периоде, и переходящих остатков целевых средств на оплату медицинской помощи (исходя

из положений части 6 статьи 39 Федерального закона № 326-ФЗ и условий Типового договора о финансовом обеспечении и типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, форма которого утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 декабря 2020 г. № 1417н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 января 2021 г., регистрационный № 62056) (далее – Типовой договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию), оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, указанной в части 9 статьи 36 Федерального закона № 326-ФЗ, по тарифам на оплату медицинской помощи с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию; проверка использования целевых средств осуществляется путем проверки банковских операций страховой медицинской организации и реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи (с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию);

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

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 территориальный фонд одновременно с обращением за предоставлением целевых средств сверх установленного объема

средств на оплату медицинской помощи для данной страховой медицинской организации из нормированного страхового запаса территориального фонда;

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

соответствие данных, содержащихся в актах сверки расчетов между территориальным фондом и страховой медицинской организацией (сверка расчетов проводится ежемесячно), 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 (согласно Типовому договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию сверка расчетов страховой медицинской организацией и медицинской организацией проводится ежемесячно на 1 число месяца, следующего за отчетным, а также ежегодно по состоянию на конец финансового года, по результатам которой составляется акт о принятии к оплате оказанной медицинской помощи, подтверждающий сумму окончательного расчета между сторонами);

своевременность и полнота возврата остатка целевых средств в территориальный фонд после завершения расчетов с медицинскими организациями за отчетный месяц;

соблюдение сроков возврата (возмещения) страховой медицинской организацией средств обязательного медицинского страхования, использованных не по целевому назначению, в бюджет территориального фонда и уплаты штрафных санкций по результатам проверок, ранее проведенных территориальным фондом (при наличии);

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

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

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

15. Проверка соблюдения страховой медицинской организацией порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения² (далее – Порядок проведения контроля) включает, в том числе:

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

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

соответствие специалистов-экспертов страховой медицинской организации, проводящих медико-экономическую экспертизу, и экспертов качества медицинской помощи, проводящих экспертизу качества медицинской помощи, требованиям Порядка проведения контроля;

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

16. Проверка деятельности страховой медицинской организации по защите прав и законных интересов застрахованных лиц, по рассмотрению обращений и жалоб застрахованных лиц включает проверку:

условий для беспрепятственного доступа инвалидов в страховую медицинскую организацию, в пункт выдачи полисов ОМС;

работы с обращениями граждан на соответствие Федеральному закону от 2 мая 2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 19, ст. 2060; 2018, № 53, ст. 8454) и иным нормативным правовым актам, регламентирующим работу с обращениями граждан;

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 том числе 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;

организации и проведения страховой медицинской организацией мероприятий, направленных на изучение удовлетворенности граждан качеством оказанной медицинской помощи;

² Часть 1 статьи 40 Федерального закона № 326-ФЗ.

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.

17. Проверка осуществления деятельности страховой медицинской организации по информированию застрахованных лиц и их законных представителей, в том числе по информационному сопровождению застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи, включает проверку:

соблюдения требований к размещению страховыми медицинскими организациями информации, установленной главой XIV Правил обязательного медицинского страхования, в том числе наличия собственного официального сайта страховой медицинской организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», соответствия информации, размещенной на официальном сайте страховой медицинской организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», законодательным и иным нормативным правовым актам Российской Федерации;

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

III. Оформление результатов проверки страховой медицинской организации

18. По результатам проверки составляется акт проверки, включающий:

18.1. Заголовочную часть, в которой указывается наименование темы проверки, полное наименование страховой медицинской организации (филиала страховой медицинской организации) и дата составления акта.

18.2. Содержательную часть, в которой отражается следующая информация:

номер и дата приказа территориального фонда о проведении проверки;

фамилии, инициалы и должности руководителя и членов комиссии (рабочей группы), проводивших проверку;

даты начала и окончания проведения проверки (датой начала проведения проверки, которая отражается в содержательной части акта проверки, является дата начала работы комиссии (рабочей группы), а датой окончания – дата подписания акта проверки руководителем и членами комиссии (рабочей группы), проводившими проверку);

наименование темы и способа проверки;

проверяемый период;

фамилии, инициалы руководителя страховой медицинской организации

(филиала страховой медицинской организации), и других должностных лиц страховой медицинской организации (филиала страховой медицинской организации), которые в проверяемом периоде имели право первой (второй) подписи. При наличии изменений в проверяемом периоде в составе вышеназванных лиц их перечень приводится с одновременным указанием периода, в течение которого эти лица занимали соответствующие должности согласно приказам, распоряжениям о назначении их на должность и увольнении с занимаемой должности;

реквизиты счетов (включая счета, закрытые на дату проведения проверки, но действовавшие в проверяемом периоде), используемых страховой медицинской организацией при осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования, открытых в кредитных организациях, с указанием остатков денежных средств на дату начала и окончания проверяемого периода, а также на дату начала проведения проверки;

сведения о лицензии (номер, дата выдачи и окончания срока действия);

иные данные, необходимые для полной характеристики страховой медицинской организации, в том числе в акте проверки кратко отражаются сведения о предыдущих проверках деятельности страховой медицинской организации территориальным фондом и контрольными органами, об устранении (неустранении) недостатков и нарушений, выявленных предыдущей проверкой;

сведения о способе проведения проверки по степени охвата ею первичных документов (сплошной, выборочный) с указанием на то, какая документация проверена сплошным, а какая выборочным способом;

описание проверенных вопросов деятельности страховой медицинской организации в соответствии с программой проверки (при необходимости, исходя из конкретных обстоятельств проведения проверки, в акте проверки может быть отражена информация по вопросам и периодам деятельности страховой медицинской организации, не включенным в проверяемый период и программу проверки).

Содержательная часть акта проверки должна быть объективной и обоснованной, четкой, лаконичной, доступно и системно изложенной.

Результаты проверки излагаются в акте проверки на основании проверенных данных и фактов, подтвержденных документами, результатами проведенных проверок и процедур фактического контроля, других действий, связанных с проведением проверки.

Описание фактов нарушений и недостатков, выявленных в ходе проверки (в том числе фактов нецелевого использования средств обязательного медицинского страхования и фактов нарушения договорных обязательств, по которым предусмотрено применение штрафных санкций), должно содержать обязательную информацию о конкретно нарушенных нормах законодательных, иных нормативных правовых актов Российской Федерации или их отдельных положений с указанием, за какой период допущены нарушения, когда и в чем они выразились, сумм документально подтвержденных нецелевых расходов и расходов, произведенных с нарушением законодательных, иных нормативных правовых актов Российской Федерации.

В акте проверки не допускается включение различного рода выводов, предположений и фактов, не подтвержденных документами.

В случае непредставления или неполного представления страховой медицинской организацией документов для проведения проверки в акте проверки приводится их перечень.

Объем акта проверки количеством страниц не ограничивается.

18.3. Заключительную часть, включающую обобщенную информацию о результатах проверки, с указанием выявленных нарушений, недостатков и сроков их устранения или сроков представления плана мероприятий по устранению выявленных нарушений и недостатков.

При выявлении фактов нарушения договорных обязательств, установленных договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, в том числе фактов нецелевого использования средств обязательного медицинского страхования страховой медицинской организацией, а также фактов невозврата (невозмещения) и (или) несвоевременного возврата (несвоевременного возмещения) страховой медицинской организацией средств обязательного медицинского страхования, использованных не по целевому назначению, в бюджет территориального фонда, в заключительную часть акта проверки включается обобщенная информация о направлениях нарушений договорных обязательств и суммах нецелевого использования средств обязательного медицинского страхования с требованием о возврате (возмещении) страховой медицинской организацией (филиалом страховой медицинской организации) средств, использованных не по целевому назначению, и уплате штрафа за использование не по целевому назначению страховой медицинской организацией целевых средств в соответствии с частями 11, 12 статьи 38 Федерального закона № 326-ФЗ и (или) уплате штрафов, пеней за нарушение договорных обязательств.

В случае установления фактов невозврата в бюджет территориального фонда целевых средств, не использованных страховой медицинской организацией (филиалом страховой медицинской организации) по целевому назначению, оставшихся после выполнения в полном объеме своих обязательств по договорам на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, и (или) в случае прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, в том числе в связи с приостановлением или прекращением действия лицензии, ликвидации страховой медицинской организации, в заключительную часть акта проверки включается требование о возврате указанных средств в бюджет территориального фонда, а также об уплате пеней за несвоевременный возврат в бюджет территориального фонда средств при прекращении договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты прекращения договора.

18.4. Заверительную часть, включающую фамилии, инициалы, должности и подписи руководителя и членов комиссии (рабочей группы), проводивших проверку деятельности страховой медицинской организации, фамилии, инициалы, должности и подписи должностных лиц проверенной страховой медицинской организации (филиала страховой медицинской организации).

19. Акт проверки оформляется и подписывается в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: один экземпляр для страховой медицинской организации, другой для территориального фонда.

Датой окончания выездной проверки считается дата вручения акта проверки руководителю страховой медицинской организации, датой окончания документальной (камеральной) проверки – дата направления территориальным фондом акта проверки в двух экземплярах страховой медицинской организации заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении либо иным способом, обеспечивающим фиксацию факта и даты его направления объекту контроля.

При проведении выездной проверки акт проверки подписывается руководителем страховой медицинской организации в день окончания проверки. В экземпляре акта проверки, который представляется в территориальный фонд, производится запись о получении одного экземпляра акта проверки. Такая запись должна содержать дату получения одного экземпляра акта проверки, должность и подпись лица, получившего один экземпляр акта проверки, и расшифровку этой подписи.

При проведении документальной (камеральной) проверки экземпляр акта проверки, подписанный руководителем страховой медицинской организации, направляется в территориальный фонд не позднее 5 (пяти) рабочих дней с даты получения акта проверки от территориального фонда.

При несогласии с актом проверки (или отдельными его положениями) подписывающий его руководитель страховой медицинской организации вносит запись, что акт проверки подписывается с возражениями, которые прикладываются к акту проверки или направляются в территориальный фонд не позднее 5 (пяти) рабочих дней со дня получения акта проверки. Письменные возражения страховой медицинской организации на акт проверки приобщаются к материалам проверки.

В случае отказа руководителя страховой медицинской организации подписать или получить акт проверки, руководителем комиссии (рабочей группы) в конце каждого экземпляра акта проверки производится запись об отказе от подписания акта проверки или от получения акта проверки. В этом случае датой окончания проверки считается день направления территориальным фондом акта проверки заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении либо иным способом, обеспечивающим фиксацию факта и даты его направления в страховую медицинскую организацию. Документ, подтверждающий факт направления акта проверки, приобщается к материалам проверки.

20. К акту проверки при выявлении нарушений и недостатков прилагаются:

копии документов, подтверждающих факты нарушений и недостатков, заверенные подписью руководителя страховой медицинской организации или иного должностного лица страховой медицинской организации и печатью страховой медицинской организации (при наличии);

материалы, имеющие значение для подтверждения отраженных в акте проверки фактов нарушений и недостатков.

Все приложения к акту проверки должны быть подписаны руководителем комиссии (рабочей группы) и руководителем проверяемой страховой медицинской организации (филиала страховой медицинской организации) (с визами

постранично).

При наличии приложений, в тексте акта проверки указываются обязательные ссылки на них, и перед заверительной частью акта проверки приводится перечень приложений с указанием количества листов, экземпляров, а также производится запись о том, что приложения являются неотъемлемой частью акта проверки.

21. Не позднее 10 (десяти) рабочих дней после окончания проведения проверки руководитель комиссии (рабочей группы) представляет директору территориального фонда служебную записку о результатах проверки страховой медицинской организации.

22. При наличии письменных возражений на акт проверки в срок не позднее 5 (пяти) рабочих дней со дня их получения территориальный фонд направляет руководителю страховой медицинской организации (филиала страховой медицинской организации) письменное сообщение о результатах рассмотрения возражений на акт проверки, подписанное директором территориального фонда с указанием оснований, по которым возражения признаются необоснованными, или о признании обоснованными возражений (обоснованными частично возражений) страховой медицинской организации.

В случае непризнания обоснованными возражений или признания обоснованными частично возражений страховой медицинской организации в письменное сообщение включается информация о том, что сроки устранения нарушения и (или) сроки возврата (возмещения) средств, в том числе использованных не по целевому назначению, и (или) уплаты штрафов, пеней исчисляются с даты предъявления соответствующего требования территориальным фондом.

Письменное сообщение о результатах рассмотрения возражений на акт проверки вручается руководителю страховой медицинской организации (филиалу страховой медицинской организации) или лицу, им уполномоченному, под подпись либо направляется страховой медицинской организации (филиалу страховой медицинской организации) заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

Копия письменного сообщения территориального фонда о результатах рассмотрения возражений страховой медицинской организации (филиала страховой медицинской организации) на акт проверки и документ, подтверждающий факт направления страховой медицинской организации (филиалу страховой медицинской организации) указанного письменного сообщения, приобщаются к материалам проверки.

В случае несогласия с результатом рассмотрения территориальным фондом письменных возражений на акт проверки страховая медицинская организация (филиал страховой медицинской организации) вправе обжаловать данное решение в судебном порядке.

23. Возврат (возмещение) средств, в том числе использованных не по целевому назначению, и (или) уплата штрафов, пеней осуществляется страховой медицинской организацией (филиалом страховой медицинской организации) на основании акта проверки в порядке, определенном Федеральным законом № 326-ФЗ.

24. Территориальный фонд обеспечивает контроль за ходом реализации результатов проверки, в том числе осуществляет:

контроль за представлением и исполнением плана мероприятий по устранению выявленных нарушений и недостатков (в случае установления территориальным фондом срока устранения нарушений и недостатков - контроль за устранением выявленных нарушений и недостатков в установленный срок);

контроль за возвратом (возмещением) средств, в том числе использованных не по целевому назначению;

контроль за уплатой штрафов, пеней;

начисление пеней и направление страховой медицинской организации письменного сообщения о необходимости уплаты пеней (с приложением расчета размера пеней).

25. В соответствии частью 14 статьи 38 Федерального закона № 326-ФЗ в случае выявления нарушения договорных обязательств территориальный фонд при возмещении страховой медицинской организации затрат на оплату медицинской помощи вправе уменьшить платежи на сумму выявленных нарушений.

26. В случае выявления в деятельности страховой медицинской организации (филиала страховой медицинской организации) фактов нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном медицинском страховании, требующих незамедлительных мер по их устранению, территориальный фонд направляет соответствующую информацию и материалы проверки в правоохранительные органы для привлечения виновных лиц к ответственности. В случае неисполнения страховой медицинской организацией (филиалом страховой медицинской организации) требований территориального фонда о возврате (возмещении) средств, в том числе использованных не по целевому назначению, и (или) об уплате штрафов, пеней, а также в случае неустранения выявленных нарушений в установленные сроки территориальный фонд вправе направить соответствующую информацию и материалы проверки в правоохранительные органы для привлечения виновных лиц к ответственности и (или) обратиться в суд.

IV. Организация контроля

за использованием средств обязательного медицинского страхования медицинскими организациями

27. Территориальным фондом осуществляется контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования медицинскими организациями, имеющими право на осуществление медицинской деятельности и включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальным программам обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации:

организаций любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы;

индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность.

28. Контроль осуществляется путем проведения проверок.

29. Проверки проводятся работниками территориального фонда с целью предупреждения и выявления нарушений норм, установленных Федеральным законом № 326-ФЗ, другими федеральными законами и принимаемыми в соответствии с ними иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации.

30. Проверки проводятся в форме документарной (камеральной) и (или) выездной проверок.

Документарная (камеральная) проверка проводится без выезда по месту нахождения и (или) фактического осуществления деятельности медицинской организации на основе представленных по запросам территориального фонда документов.

Выездная проверка проводится по месту нахождения и (или) фактического осуществления деятельности медицинской организации.

31. Проверки могут быть комплексными, тематическими и контрольными.

Комплексная проверка проводится в целях рассмотрения комплекса вопросов, связанных с соблюдением законодательства Российской Федерации об обязательном медицинском страховании и с использованием средств обязательного медицинского страхования за определенный период деятельности медицинской организации.

Тематическая проверка проводится в целях рассмотрения отдельных вопросов, связанных с соблюдением законодательства Российской Федерации об обязательном медицинском страховании и (или) с использованием средств обязательного медицинского страхования.

Контрольная проверка проводится в целях изучения результатов работы медицинской организации по устранению нарушений и недостатков, ранее выявленных в ходе комплексной или тематической проверок.

32. Проверки могут быть плановыми и внеплановыми. Проверки проводятся в соответствии с планом на очередной календарный год, утверждаемым директором территориального фонда.

Периодичность проведения плановых проверок устанавливается с учетом возможности полного охвата вопросов и периодов деятельности медицинских организаций, но не реже чем 1 (один) раз в два года. Периодичность проведения плановых комплексных проверок устанавливается не чаще чем 1 (один) раз в год.

Внеплановые проверки использования средств обязательного медицинского страхования проводятся по приказу директора территориального фонда на основании представлений контрольных органов, обращений в адрес территориального фонда органов государственной власти субъекта Российской Федерации, Федерального фонда, обращений, жалоб и заявлений граждан, в связи с истечением срока исполнения медицинской организацией требований территориального фонда об устранении нарушений и недостатков, и (или) возврате (возмещении) средств, и (или) уплате штрафов (пеней), проведением Федеральным фондом проверок соблюдения законодательства Российской Федерации об обязательном медицинском страховании на территории субъекта Российской Федерации и использования средств обязательного медицинского страхования участниками обязательного медицинского страхования, в случае прекращения

действия договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в том числе в связи с приостановлением или прекращением действия лицензии, ликвидации медицинской организации.

33. Проверка использования средств обязательного медицинского страхования проводится сплошным или выборочным способом.

Сплошной способ заключается в проведении контрольного действия в отношении всей совокупности финансовых, бухгалтерских, отчетных и иных документов, относящихся к одному вопросу проверки.

Выборочный способ заключается в проведении контрольного действия в отношении части финансовых, бухгалтерских, отчетных и иных документов, относящихся к одному вопросу проверки. Объем выборки и ее состав определяются руководителем комиссии (рабочей группы) таким образом, чтобы обеспечить возможность оценки изучаемого вопроса программы проверки.

Решение об использовании сплошного или выборочного способа проведения контрольных действий по каждому вопросу проверки принимает директор (заместитель директора) территориального фонда, и (или) руководитель комиссии (рабочей группы) исходя из содержания вопроса программы проверки, объема финансовых, бухгалтерских, отчетных и иных документов, относящихся к этому вопросу, состояния бухгалтерского учета, срока проведения проверки.

34. Основанием для проведения проверки является приказ территориального фонда, определяющий тему проверки, численный и персональный состав комиссии (рабочей группы), сроки проведения проверки, форму проверки (выездная или документарная (камеральная), проверяемый период.

Тема плановой проверки указывается в соответствии с планом проверок, тема внеплановой проверки указывается исходя из конкретных причин ее проведения.

Численный и персональный состав комиссии (рабочей группы) и срок проведения проверки устанавливаются с учетом темы проверки, особенностей деятельности медицинской организации, продолжительности проверяемого периода и способа проверки.

Срок проведения выездной проверки не может превышать 30 (тридцать) календарных дней. По мотивированному представлению руководителя комиссии (рабочей группы) срок проведения проверки может быть продлен на основании приказа территориального фонда, но не более чем на 10 (десять) календарных дней. Приказ территориального фонда о продлении сроков проверки доводится до сведения проверяемой медицинской организации.

Срок проведения документарной (камеральной) проверки не может превышать 20 (двадцать) рабочих дней со дня получения от медицинской организации документов и материалов, представленных по запросу территориального фонда.

Приказ о проведении плановой проверки доводится до руководителя медицинской организации не позднее, чем за 3 (три) рабочих дня до начала проверки.

Приказ о проведении внеплановой проверки доводится до руководителя медицинской организации не менее чем за 24 (двадцать четыре) часа до начала проверки.

35. Для проведения проверки составляется программа проверки, утверждаемая директором территориального фонда.

Программа проверки должна содержать следующие сведения:

наименование медицинской организации, которая подлежит проверке в части использования средств обязательного медицинского страхования;

цель проверки;

тема проверки;

перечень вопросов, подлежащих проверке (может быть использован перечень вопросов, отраженных в пунктах 39 - 41 настоящего порядка).

Программа проверки доводится до руководителя медицинской организации вместе с приказом о проведении проверки.

36. Перед началом проверки руководитель и члены комиссии (рабочей группы) должны ознакомиться с договорами, заключенными проверяемой медицинской организацией с территориальным фондом и (или) со страховыми медицинскими организациями, отчетными и статистическими данными, имеющимися в территориальном фонде, с актами предыдущих проверок, проведенных территориальным фондом, актами проверок контрольных органов, информацией об устранении выявленных нарушений и недостатков и другими материалами, касающимися использования средств обязательного медицинского страхования проверяемой медицинской организацией.

В программу проверки могут быть включены вопросы с учетом материалов предыдущих проверок, проведенных территориальным фондом и (или) контрольными органами, анализа отчетов медицинской организации, а также иных документов, касающихся вопросов использования средств обязательного медицинского страхования проверяемой медицинской организацией.

V. Проведение проверки медицинской организации

37. В день начала проведения проверки руководитель, члены комиссии (рабочей группы) предъявляют руководителю медицинской организации копию приказа территориального фонда о проведении проверки, служебные удостоверения.

38. Руководитель медицинской организации представляет руководителя и членов комиссии (рабочей группы) руководителям структурных подразделений медицинской организации и назначает ответственное лицо, которое координирует работу структурных подразделений медицинской организации при проведении проверки медицинской организации.

Руководитель медицинской организации обязан предоставить руководителю и (или) членам комиссии (рабочей группе) возможность ознакомиться с документами, связанными с вопросами проверки, получать копии документов (в том числе электронные) и копии иных записей (в присутствии сотрудников медицинской организации), а также обеспечить доступ к информационным системам медицинской организации, предназначенным для выполнения обязательств медицинской организации, в режиме просмотра и выборки необходимой

информации.

39. Проверка использования средств обязательного медицинского страхования, полученных медицинскими организациями, включает проверку:

39.1. Обоснованности получения средств обязательного медицинского страхования медицинской организацией на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в том числе проверяются:

наличие лицензии медицинской организации на право осуществления ею определенных видов медицинской деятельности, сроки ее действия и виды медицинской помощи и услуг, указанные в лицензии, и фактически оказываемые виды медицинской помощи по данным статистической документации и сводных учетных документов, составленных на основании счетов, предъявляемых медицинской организацией на оплату за оказанную медицинскую помощь;

правильность составления заявок на авансирование медицинской помощи в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

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

соответствие размера полученных средств обязательного медицинского страхования на оплату медицинской помощи стоимости оказанной медицинской помощи в представленных медицинской организацией реестрах счетов и счетах на оплату медицинской помощи (с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию). При проверке в том числе отражаются факты полученных средств обязательного медицинского страхования на оплату медицинской помощи по счетам и реестрам счетов с нарушениями в их оформлении и предъявлении на оплату медицинской организацией, и на оплату медицинской помощи при взимании платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования;

наличие актов сверки расчетов между медицинской организацией и страховыми медицинскими организациями, составленных в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (согласно Типовому договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию сверка расчетов страховой медицинской организацией и медицинской организацией проводится ежемесячно на 1 число месяца, следующего за отчетным, а также ежегодно по состоянию на конец финансового года, по результатам которой составляется акт о принятии к оплате оказанной медицинской помощи, подтверждающий сумму окончательного расчета между сторонами);

соблюдение требований ведения отдельного учета по операциям со средствами обязательного медицинского страхования;

наличие, продолжительность и размеры дебиторской и кредиторской задолженности по оплате медицинской помощи, причины задолженности;

наличие и обоснованность претензий медицинской организации к страховым медицинским организациям в части осуществления оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

наличие претензий и (или) исков страховых медицинских организаций к медицинской организации в целях возмещения вреда, причиненного застрахованному лицу, и примененных к медицинской организации санкций.

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

1) по видам медицинской помощи;

2) по структуре тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе:

осуществления расходов на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда: правильность начисления и выплаты заработной платы в соответствии с установленными ставками, должностными окладами и фактически отработанным временем, обоснованность выплат различных надбавок и доплат за совмещение профессий и должностей и прочее (проверяются все документы, подтверждающие обоснованность производимых выплат: штатное расписание, тарификационные списки, документы, подтверждающие квалификацию специалистов, графики работы структурных подразделений и сотрудников, приказы по личному составу, трудовые договоры, коллективный договор, положение об оплате труда и прочее), проверка первичных бухгалтерских документов по расходованию средств обязательного медицинского страхования на выплаты (заработная плата, премии, доплаты, поощрения, материальная помощь), уплату налогов и страховых взносов, установленных законодательством Российской Федерации. При проверке отражаются случаи расходования средств обязательного медицинского страхования на выплаты (заработная плата, премии, доплаты, поощрения, материальная помощь) лицам, не участвующим в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

осуществления расходов на приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации) (при проверке осуществляется сопоставление сумм произведенных расходов (в том числе на приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов) с утвержденной сметой расходов).

Проверка использования средств на указанные цели осуществляется путем проверки первичных документов, подтверждающих законность проведения банковских операций, включающих договоры поставки лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов.

Проверяются:

обоснованность цен при закупках товаров (работ, услуг) за счет средств обязательного медицинского страхования;

соблюдение сроков поставки и оплаты, соответствие сумм, указанных в договорах, фактически произведенным расходам;

своевременность, полнота и правильность оприходования лекарственных средств и расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов;

сохранность, учет и списание лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов;

наличие отдельного учета лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, приобретаемых за счет средств обязательного медицинского страхования и за счет средств, поступающих в медицинскую организацию из других источников.

Проводится анализ закупленных лекарственных средств (отражается наличие лекарственных средств с истекшим сроком годности).

Изучаются:

материалы инвентаризации имущества и финансовых обязательств, проведенной медицинской организацией (при проведении проверки может быть проведена выборочная инвентаризация основных средств, материальных запасов, приобретенных за счет средств обязательного медицинского страхования);

наличие, продолжительность и размеры дебиторской и кредиторской задолженности с поставщиками товаров и услуг за счет средств обязательного медицинского страхования, своевременность взыскания дебиторской задолженности и погашения кредиторской задолженности, проведения взаимных сверок в расчетах с поставщиками, правильность ведения учета этих расчетов, своевременности взыскания сумм выявленных недостач и хищений денежных средств обязательного медицинского страхования, материальных ценностей, приобретенных за счет средств обязательного медицинского страхования, а также потерь от порчи этих ценностей, отнесенных за счет виновных лиц.

При наличии в составе принятых тарифов на оплату медицинской помощи других направлений расходования средств проверка использования средств обязательного медицинского страхования на указанные цели осуществляется с учетом соответствующих документов, регламентирующих порядок проведения таких расходов, объема средств, предусмотренных на данные расходы в составе принятых тарифов на оплату медицинской помощи и утвержденной сметой расходов, условий заключенных договоров.

При проведении проверки использования средств обязательного медицинского страхования:

проверяется правильность отражения в регистрах бухгалтерского учета операций по средствам обязательного медицинского страхования, правильность отражения доходов и расходов согласно действующей бюджетной классификации,

соблюдение порядка ведения кассовых операций и учета наличных денежных средств (в части средств обязательного медицинского страхования), своевременность оприходования наличных денежных средств обязательного медицинского страхования, поступающих из банка и других источников, а также их целевое использование, наличие документов и достоверность содержащихся в них данных, являющихся основанием для списания расходов по кассе, законность произведенных расходов в части средств обязательного медицинского страхования, обеспечение сохранности денежных средств.

39.3. Наличия и достоверности данных персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, передаваемых медицинской организацией в территориальный фонд и страховые медицинские организации, необходимых в том числе для осуществления контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования.

39.4. Достоверности и своевременности представления отчетов медицинской организацией об использовании средств обязательного медицинского страхования.

40. В случае осуществления медицинской организацией деятельности за пределами субъекта Российской Федерации, в котором она находится, возможно проведение территориальным фондом по месту осуществления медицинской деятельности проверки использования средств обязательного медицинского страхования, поступивших в данную медицинскую организацию в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования другого субъекта Российской Федерации, в сфере обязательного медицинского страхования которого данная медицинская организация осуществляет деятельность.

41. Проверка исполнения мероприятий по устранению нарушений и недостатков, выявленных предыдущими проверками, в том числе соблюдение сроков возврата (возмещения) медицинской организацией средств, использованных не по целевому назначению, в бюджет территориального фонда и (или) уплаты штрафных санкций по результатам проверок, ранее проведенных территориальным фондом (при наличии).

VI. Оформление результатов проверки медицинской организации

42. По результатам проверки составляется акт проверки, включающий:

42.1. Заголовочную часть, в которой указывается наименование темы проверки, полное наименование медицинской организации и дата составления акта.

42.2. Содержательную часть, в которой отражается следующая информация:
номер и дата приказа территориального фонда о проведении проверки;
фамилии, инициалы и должности руководителя и членов комиссии (рабочей группы), проводивших проверку;

даты начала и окончания проведения проверки (датой начала проведения проверки, которая отражается в содержательной части акта проверки, является дата начала работы комиссии (рабочей группы), а датой окончания – дата подписания акта проверки руководителем и членами комиссии (рабочей группы), проводившими проверку);

наименование темы и способа проверки;

проверяемый период;

фамилии, инициалы руководителя медицинской организации, и других должностных лиц медицинской организации, которые в проверяемый период имели право первой (второй) подписи. При наличии изменений в проверяемом периоде в составе вышеназванных лиц их перечень приводится с одновременным указанием периода, в течение которого эти лица занимали соответствующие должности согласно приказам, распоряжениям о назначении их на должность и увольнении с занимаемой должности;

реквизиты счетов (включая счета, закрытые на дату проведения проверки, но действовавшие в проверяемом периоде), используемых медицинской организацией, с указанием остатков денежных средств на даты начала и окончания проверяемого периода, а также на дату начала проведения проверки;

сведения о лицензии (номер, дата выдачи и окончания срока действия);

иные данные, необходимые для полной характеристики медицинской организации, в том числе в акте проверки кратко отражаются сведения о предыдущих проверках использования средств обязательного медицинского страхования медицинской организацией, территориальным фондом и контрольными органами об устранении (неустранении) недостатков и нарушений, выявленных предыдущей проверкой;

сведения о способе проведения проверки по степени охвата ею первичных документов (сплошной, выборочный) с указанием, какая документация была проверена сплошным, а какая выборочным способом;

описание проверенных вопросов использования средств обязательного медицинского страхования в соответствии с программой проверки (при необходимости, исходя из конкретных обстоятельств проведения проверки, в акте проверки может быть отражена информация по вопросам и периодам деятельности медицинской организации, не включенным в проверяемый период и программу проверки).

Содержательная часть акта проверки должна быть объективной и обоснованной, четкой, лаконичной, доступно и системно изложенной.

Результаты проверки излагаются в акте проверки на основании проверенных данных и фактов, подтвержденных документами, результатами проведенных проверок и процедур фактического контроля, других действий, связанных с проведением проверки.

Описание фактов нарушений и недостатков, выявленных в ходе проверки (в том числе фактов нецелевого использования средств обязательного медицинского страхования), должно содержать обязательную информацию о конкретно нарушенных нормах законодательных, иных нормативных правовых актов Российской Федерации или их отдельных положений с указанием, за какой период допущены нарушения, когда и в чем они выразились, сумм документально подтвержденных нецелевых расходов и расходов, произведенных с нарушением законодательных, иных нормативных правовых актов Российской Федерации.

В акте проверки не допускается включение различного рода выводов, предположений и фактов, не подтвержденных документами.

В случае непредставления или неполного представления медицинской организацией документов для проведения проверки в акте проверки приводится их перечень.

Объем акта проверки количеством страниц не ограничивается.

42.3. Заключительную часть, включающую обобщенную информацию о результатах проверки, с указанием выявленных нарушений и недостатков и сроков их устранения или сроков представления плана мероприятий по устранению выявленных нарушений и недостатков.

При наличии фактов нецелевого использования средств обязательного медицинского страхования, выявленных в ходе проверки, в заключительную часть акта включается обобщенная информация о направлениях и суммах нецелевого использования средств обязательного медицинского страхования, с требованием о возврате медицинской организацией средств обязательного медицинского страхования, использованных не по целевому назначению, и уплате штрафа за использование не по целевому назначению медицинской организацией средств обязательного медицинского страхования, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона № 326-ФЗ.

42.4. Заверительную часть, включающую фамилии, инициалы, должности и подписи руководителя и членов комиссии (рабочей группы), проводивших проверку использования средств обязательного медицинского страхования, фамилии, инициалы, должности и подписи должностных лиц проверенной медицинской организации.

43. Акт проверки оформляется и подписывается в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: один экземпляр для медицинской организации, другой для территориального фонда.

Датой окончания выездной проверки считается дата вручения акта проверки руководителю медицинской организации, датой окончания документальной (камеральной) проверки – дата направления территориальным фондом акта проверки в двух экземплярах медицинской организации заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении либо иным способом, обеспечивающим фиксацию факта и даты его направления объекту контроля.

При проведении выездной проверки акт проверки подписывается руководителем медицинской организации в день окончания проверки. В экземпляре акта проверки, который представляется в территориальный фонд, производится запись о получении одного экземпляра акта проверки. Такая запись должна содержать дату получения одного экземпляра акта проверки, должность и подпись лица, получившего один экземпляр акта проверки, и расшифровку этой подписи.

При проведении документальной (камеральной) проверки экземпляр акта проверки, подписанный руководителем медицинской организации, направляется в территориальный фонд не позднее 5 (пяти) рабочих дней с даты получения акта проверки от территориального фонда.

При несогласии с актом проверки (или отдельными его положениями) подписывающий его руководитель медицинской организации вносит запись, что акт проверки подписывается с возражениями, которые прикладываются к акту проверки

или направляются в территориальный фонд не позднее 5 (пяти) рабочих дней со дня получения акта проверки. Письменные возражения медицинской организации на акт проверки приобщаются к материалам проверки.

В случае отказа руководителя медицинской организации подписать или получить акт проверки руководителем комиссии (рабочей группы) в конце каждого экземпляра акта проверки производится запись об отказе от подписания акта проверки или от получения акта проверки. В этом случае датой окончания проверки считается день направления территориальным фондом акта проверки заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении либо иным способом, обеспечивающим фиксацию факта и даты его направления в медицинскую организацию. Документ, подтверждающий факт направления акта проверки, приобщается к материалам проверки.

44. К акту проверки при выявлении нарушений и недостатков прилагаются:

копии документов, подтверждающих факты нарушений и недостатков, заверенные подписью руководителя медицинской организации или иного должностного лица медицинской организации и печатью медицинской организации (при наличии);

материалы, имеющие значение для подтверждения отраженных в акте фактов нарушений и недостатков.

Все приложения к акту проверки должны быть подписаны руководителем комиссии (рабочей группы) и руководителем проверяемой медицинской организации (с визами постранично).

При наличии приложений, в тексте акта проверки указываются обязательные ссылки на них и перед заверительной частью акта проверки приводится перечень приложений с указанием количества листов, экземпляров, а также производится запись о том, что приложения являются неотъемлемой частью акта проверки.

45. Не позднее 10 (десяти) рабочих дней после окончания проведения проверки руководитель комиссии (рабочей группы) представляет директору территориального фонда служебную записку о результатах проверки использования средств обязательного медицинского страхования медицинской организацией.

46. При наличии письменных возражений на акт проверки в срок не позднее 5 (пяти) рабочих дней со дня их получения территориальный фонд направляет руководителю медицинской организации письменное сообщение о результатах рассмотрения возражений на акт проверки, подписанное директором территориального фонда, с указанием оснований, по которым возражения признаются необоснованными, или о признании обоснованными возражений (обоснованными частично возражений) медицинской организации.

В случае непризнания обоснованными возражений или признания обоснованными частично возражений медицинской организации в письменное сообщение включается информация о том, что сроки устранения нарушения и (или) сроки возврата (возмещения) средств, в том числе использованных не по целевому назначению, и (или) уплаты штрафов, пеней исчисляются со дня предъявления территориальным фондом соответствующего требования.

Письменное сообщение о результатах рассмотрения возражений на акт проверки вручается руководителю медицинской организации или лицу, им

уполномоченному, под подпись либо направляется медицинской организации заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

Копия письменного сообщения территориального фонда о результатах рассмотрения возражений медицинской организации на акт проверки и документ, подтверждающий факт направления медицинской организации указанного письменного сообщения, приобщаются к материалам проверки.

В случае несогласия с результатом рассмотрения территориальным фондом возражений на акт проверки медицинская организация вправе обжаловать данное решение в судебном порядке.

47. Возврат (возмещение) средств, в том числе использованных не по целевому назначению, и (или) уплата штрафов, пеней осуществляется медицинской организацией на основании полученного акта в порядке, определенном Федеральным законом № 326-ФЗ.

48. Территориальный фонд обеспечивает контроль за ходом реализации результатов проверки, в том числе осуществляет:

контроль за представлением и исполнением плана мероприятий по устранению выявленных нарушений и недостатков (в случае установления территориальным фондом срока устранения нарушений и недостатков – контроль за устранением выявленных нарушений и недостатков в установленный срок);

контроль за возвратом (возмещением) средств, использованных не по целевому назначению;

контроль за уплатой штрафов, пеней;

начисление пеней и направление медицинской организации письменного сообщения о необходимости уплаты пеней (с приложением расчета размера пеней).

49. В случае выявления фактов нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном медицинском страховании, требующих незамедлительных мер по их устранению, территориальный фонд направляет соответствующую информацию и материалы проверки в правоохранительные органы для привлечения виновных лиц к ответственности. В случае неисполнения медицинской организацией требований территориального фонда о возврате (возмещении) средств, в том числе использованных не по целевому назначению, и (или) об уплате штрафов, пеней, а также в случае неустранения выявленных нарушений в установленные сроки территориальный фонд вправе направить соответствующую информацию и материалы проверки в правоохранительные органы для привлечения виновных лиц к ответственности и (или) обратиться в суд.

VII. Заключительные положения

50. Планы проверок, программы плановых и внеплановых проверок, материалы проверок, состоящие из подлинных экземпляров актов проверок и надлежаще оформленных приложений к ним, на которые даны ссылки в актах проверок, а также документов, предусмотренных главами III и VI настоящего порядка, комплектуются, учитываются и хранятся в порядке, установленном законодательством об архивном деле в Российской Федерации и правилами делопроизводства, в территориальном фонде.