



**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.

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 раздельного 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.