

Согласованный регламент проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Ростовской области.

I. Введение

1.1. Настоящий Согласованный регламент проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Ростовской области (далее – Регламент) разработан в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным Законом от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 №158н, Приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 г. №230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» и другими нормативными правовыми актами, регламентирующими взаимоотношения участников обязательного медицинского страхования.

1.2. Регламент разработан с целью детализации процедур медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи в медицинских организациях (далее – МО), работающих в системе обязательного медицинского страхования Ростовской области.

Принципы и порядок проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи (в т.ч. оформления результатов проверок), установленные Приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 №230 «Об утверждении Порядка организации контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» признаются и применяются сторонами Тарифного соглашения в качестве основополагающих норм, регламентирующих взаимоотношения сторон по данному вопросу.

1.3. Процедуры контроля, устанавливаемые настоящим Регламентом, являются едиными для всех СМО и МО, работающих в системе ОМС на территории Ростовской области. Организационно-методическое руководство экспертной работой в системе ОМС области осуществляет Территориальный фонд ОМС Ростовской области.

1.4. При осуществлении ОМС в Ростовской области обеспечивается взаимодействие систем ведомственного и вневедомственного контроля медицинской помощи, направленное на обеспечение взаимного информирования об их результатах.

Результаты ведомственного контроля в форме сводных аналитических материалов (в частности, сведения органов управления здравоохранением и областных МО о дефектах оказания медицинской помощи в подведомственных МО, нарушениях существующего порядка направления в МО) могут передаваться СМО и являться основанием для применения к нарушителям мер экономического воздействия.

1.5. Результаты вневедомственного контроля, передаваемые в МО в форме экспертных заключений и актов экспертизы, могут служить основанием для принятия управленческих

решений по повышению качества и рациональности оказания медицинской помощи. В компетенцию ТФОМС Ростовской области входит информирование субъектов ОМС, органов исполнительной власти, управления здравоохранением о результатах контроля объемов и качества медицинской помощи по данным установленной статистической отчетности СМО.

II. Организация проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС.

2.1. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС осуществляется с соблюдением требований законодательства Российской Федерации о защите конфиденциальной информации.

2.2. Контроль объемов, сроков и качества медицинской помощи, осуществляемый в рамках договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, включает в себя:

2.2.1. Медико-экономический контроль;

2.2.2. Медико-экономическую экспертизу;

2.2.3. Экспертизу качества медицинской помощи.

2.3. Медико-экономический контроль (МЭК) проводится специалистами СМО и ТФОМС Ростовской области по данным предъявленных к оплате сводных счетов (реестров) за оказанные медицинские услуги с использованием автоматизированных компьютерных скрининговых систем сплошным методом (МЭК подвергаются все счета) в целях, указанных в п. 9 приказа ФОМС от 01.12.2010 № 230. Выявленные в ходе МЭК нарушения отражаются в Акте медико-экономического контроля (приложение 1 к Регламенту).

2.4. Медико-экономическая экспертиза (МЭЭ) проводится с целью:

а) проверки соответствия счетов первичной медицинской документации, объемов включенных в реестр медицинских услуг принятых к оплате, объемам фактически оказанной медицинской помощи;

б) выявления случаев нарушения прав застрахованных на доступность медицинской помощи;

в) выявления случаев нарушения прав застрахованных на информированность об их правах на получение медицинской помощи по программам государственных гарантий получения бесплатной медицинской помощи;

г) выявление случаев медицинской помощи (в том числе медицинских вмешательств), оказанной без информированного добровольного согласия застрахованного лица;

д) выявление дефектов оформления первичной медицинской документации (отсутствие в медицинской документации информации, подтверждающей объем полученной пациентом медицинской помощи по ОМС, наличие признаков фальсификации, непредставление медицинской документации медицинской организацией без объективных причин и т.п.).

2.4.1. МЭЭ проводится в форме целевых и плановых (в т.ч. тематических) проверок. Перечень случаев медицинской помощи для проведения целевой или плановой (в т.ч. тематической) проверки определяет СМО и (или) ТФОМС Ростовской области.

2.4.2. МЭЭ проводится специалистами-экспертами СМО и (или) ТФОМС Ростовской области выборочно, в объемах, установленных приказом ФОМС от 01.12.2010 № 230. Информация, представленная в принятых к оплате индивидуальных счетах, сверяется с информацией, содержащейся в учетных статистических формах (карта выбывшего из стационара, талон амбулаторного пациента, операционный журнал, журнал регистрации параклинических услуг, журнал приема и отказов в госпитализации, ведомости учета коечного фонда и движения

больных ф.007 – у – ежедневная, ф.016-у – сводная, дневник работы врача поликлиники ф.039 – у, журнал учета платных медицинских услуг и т. д.), а также в первичных медицинских документах (амбулаторная карта, история болезни, история родов, история развития ребенка, карта центра здоровья и т. д.), статистических документов по скорой помощи (карты вызова скорой помощи – учетная форма № 110/у, журнал записи вызовов скорой помощи и др.). В рамках МЭЭ проводится также проверка соблюдения медицинской организацией прав застрахованных на доступность медицинской помощи и на информированность. При проведении медико-экономической экспертизы специалистами-экспертами СМО и ТФОМС осуществляется контроль полноты и достоверности информации в медицинской документации.

2.4.3. Объем ежемесячных медико-экономических экспертиз от числа законченных случаев составляет не менее: 8% от числа случаев, принятых к оплате, для медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара и дневного стационара; 0,8% в условиях поликлиники; 3% при оказании медицинской помощи вне медицинской организации (скорая помощь).

2.4.4. В отношении определенной совокупности случаев оказания медицинской помощи, отобранных по тематическим признакам (например, частота и виды послеоперационных осложнений, продолжительность лечения, стоимость медицинских услуг, результаты сопоставления сведений о персонифицированном учете лекарственных препаратов и медицинских изделий со сведениями об оказанной медицинской помощи) в медицинской организации в соответствии с планом, согласованным территориальным фондом обязательного медицинского страхования, может проводиться плановая тематическая медико-экономическая экспертиза, для которой отбор случаев осуществляется в пределах одного года с даты предоставления счетов и реестров счетов к оплате.

2.4.5. Плановые МЭЭ в каждой МО проводятся СМО в соответствии с планом проверок, утвержденным СМО и согласованным с территориальным фондом ОМС.

2.4.6. В срок не позже чем за 5 рабочих дней СМО обязана информировать МО о проверке. Информация направляется в МО по электронной почте или курьером. Письмо направляется с приложением, содержащим указание проверяемого периода, список номеров индивидуальных счетов и список номеров полисов по страховым случаям, отобранным для проверки. Возможно включение в приложение других дополнительных данных, облегчающих поиск в МО требуемой для проверки первичной медицинской документации.

2.4.7. Целевая медико-экономическая экспертиза проводится в случаях:

- 1) повторных обращений по поводу одного и того же заболевания: в течение 15 дней - при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 30 дней - при повторной госпитализации, в течение 24 часов от момента предшествующего вызова - при повторном вызове скорой медицинской помощи;

при проведении целевой медико-экономической экспертизы по случаям повторного обращения (госпитализации) по поводу одного и того же заболевания установленные сроки исчисляются с момента предоставления к оплате счета, содержащего информацию о повторном обращении (госпитализации).

целевая медико-экономическая экспертиза проводится в течение месяца после предоставления реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам.

- б) получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность медицинской помощи в медицинской организации;

проведение целевой медико-экономической экспертизы в случае поступления жалоб застрахованных лиц или их представителей не зависит от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи.

Количество случаев для целевой МЭЭ определяется количеством случаев в медицинской организации, по поводам, поименованным в п. 2.4.7.

При небольшом количестве случаев медицинской помощи в проверяемом периоде в МО СМО вправе перенести проверку на последующий период.

При необходимости изменения сроков проверки в МО в рамках одного проверяемого периода по форс-мажорным обстоятельствам указанные изменения проводятся по согласованию СМО и МО. Об указанных изменениях СМО информирует ТФОМС в форме изменений и дополнений к плану-графику МЭЭ.

При необходимости проведения тематических МЭЭ по вновь выявленным основаниям СМО вправе вносить изменения в план-график проверок и представлять их для согласования в ТФОМС Ростовской области.

При проведении плановой медико-экономической экспертизы оцениваются:

- 1) характер, частота и причины нарушений прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в установленных договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию объеме, сроках, качестве и условиях;
- 2) объем оказанной медицинской организацией медицинской помощи и его соответствие установленному решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объему, подлежащему оплате за счет средств обязательного медицинского страхования;
- 3) частота и характер нарушений медицинской организацией порядка формирования реестров счетов.

2.4.8. Проведение специалистом-экспертом проверки в МО осуществляется на основании предписания (поручения) на проведение экспертизы (приложение 7а к Регламенту). По согласованию сторон при небольшом количестве отобранных для МЭЭ случаев допускается представление первичной медицинской документации в СМО и ТФОМС Ростовской области. Анализ документации может проводиться в присутствии представителей МО. Администрация МО обязана беспрепятственно предоставить специалисту-эксперту финансово-статистическую и первичную медицинскую документацию, относящуюся к проверяемым случаям.

2.4.9. По итогам МЭЭ составляется Акт на каждый случай с обобщением в форме Реестра актов МЭЭ (приложение 2 к Регламенту с приложениями к реестру 2.1, 2.2, 2.3, 2.4; приложение 14, 15 к Регламенту). По окончании плановой или тематической МЭЭ специалистом-экспертом должна быть составлена краткая аналитическая записка произвольной формы с обоснованием оценки дефектных случаев, включенных в акт МЭЭ. Записка или её копия предоставляется руководителю МО для составления плана мероприятий по устранению выявленных дефектов.

2.4.10. При выявлении в ходе МЭЭ фактов несоответствия выставленной на оплату медицинской услуги фактическому проведению соответствующего ей набора оказанных лечебно-диагностических мероприятий, эксперт-организатор может в зависимости от характера нарушений принять окончательное решение о неоплате (оплате) данного случая, либо отобрать данный случай для проведения экспертизы качества медицинской помощи.

2.4.11. По итогам медико-экономического контроля и медико-экономической экспертизы в случае выявления нарушений, счета, представленные к оплате, могут быть частично или

полностью отклонены. При установлении нарушений, указанных в приложении 4 к настоящему тарифному соглашению, на основании Актов МЭК и МЭЭ, а также на основании информации о превышении объемов предоставления медицинской помощи (государственных заданий), информации ТФОМС Ростовской области о признании Фондом социального страхования Российской Федерации страховых случаев, связанных с повреждением здоровья застрахованного вследствие несчастного случая на производстве, затраты на оказание медицинской помощи по таким случаям частично или полностью не возмещаются медицинской организации.

Результаты МЭК и МЭЭ могут быть поводом для проведения в медицинской организации целевой экспертизы качества медицинской помощи.

2.4.12. Копии Акта МЭК, Акта МЭЭ передаются в МО, результаты МЭК и МЭЭ отражаются в уведомлении о финансировании МО за очередной месяц.

2.4.13. В течение месяца с момента получения результатов медико-экономического контроля счетов, медицинская организация может исправить выявленные при МЭК и указанные в Акте МЭК технические (связанные с оформлением индивидуальных счетов в электронном виде) дефекты. Исправления оформляются отдельными дополнительными реестрами счетов и сводными счетами и включаются в единый счет, который вместе с обоснованием причин повторного выставления счетов рассматривается специалистами при проведении медико-экономического контроля счетов за последующий отчетный месяц.

2.5. Экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП), общие положения.

2.5.1. О конкретной дате начала проведения ЭКМП ТФОМС и СМО информируют МО письмом, направленным по электронной почте или курьером не менее чем за 5 рабочих дней до даты начала проверки. Письмо направляется с приложением, содержащим указание проверяемого периода, наименования конкретного(ых) проверяемого(ых) подразделения(й) МО, список номеров индивидуальных счетов, а так же список номеров полисов по страховым случаям, отобранным для проверки, с указанием соответствующих им номеров карт амбулаторных или стационарных больных. Возможно включение в приложение других дополнительных данных, облегчающих поиск в МО требуемой для проверки первичной медицинской документации.

2.5.2. Прибыв в МО для проведения экспертизы, эксперт качества медицинской помощи (далее – эксперт КМП) обязан предъявить руководству медицинской организации предписание (поручение) на проведение ЭКМП (приложение 7 к Регламенту).

2.5.3. Эксперт КМП имеет право проводить проверку по профилю медицинской помощи, соответствующему его специальности, указанной в территориальном реестре экспертов КМП. В случае необходимости к проверке могут привлекаться эксперты, включенные в территориальный реестр экспертов КМП другого субъекта РФ. Медицинские специалисты, не включенные в единый реестр экспертов качества медицинской помощи РФ, ведущийся Федеральным фондом ОМС (совокупность электронных баз данных территориальных реестров экспертов КМП субъектов РФ), к ЭКМП привлекаться не могут.

2.5.4. Эксперт КМП в ходе проверки в медицинской организации взаимодействует с сотрудниками медицинской организации, назначенными для участия в проверке руководителем МО, не создавая препятствия основной деятельности персонала медицинской организации.

2.5.5. Эксперты КМП, привлеченные для проверки конкретной СМО, имеют право проверки только случаев медицинской помощи, оказанной пациентам, застрахованным данной СМО.

2.5.6. С целью повышения эффективности проверки эксперт КМП может использовать информацию, полученную от представителя СМО в данном лечебном учреждении об обращениях

пациентов по поводу нарушения их прав и оказания медицинской помощи ненадлежащего качества за проверяемый период.

2.5.7. Объем ежемесячных экспертиз КМП от числа законченных случаев составляет не менее: 5% от числа случаев, принятых к оплате, для медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара; 3% в условиях дневного стационара; 0,5% в условиях поликлиники; 1,5% при оказании медицинской помощи вне медицинской организации (скорая помощь). С целью обеспечения полноты экспертизы, количество случаев, проверяемых одним экспертом КМП за один полный день работы при плановой ЭКМП или при целевой ЭКМП, проводимой по поводам, оговоренных подпунктами в) - ж) пункта 25 приказа ФОМС от 01.12.2010 №230, не должно превышать:

- ! в стационаре – 25 случаев;
- ! в стационаре дневного пребывания – 40 случаев;
- ! в поликлинике (включая стоматологию) – 50 случаев;
- ! в параклинических подразделениях – 70 случаев;
- ! по скорой медицинской помощи – 70 случаев.

При определении общего объема проверяемых случаев учитываются даты начала и окончания проверки, указанные в акте ЭКМП.

При целевой ЭКМП, проводимой по жалобе застрахованного лица или его представителя (подпункт а) пункта 25 приказа ФОМС от 01.12.2010 №230), экспертом КМП может быть рассмотрено не более одного случая в день.

Общее количество случаев по конкретному проверяемому периоду, отбираемых страховой медицинской организацией для плановой ЭКМП, с учетом соблюдения дневной нормы нагрузки на одного эксперта качества медпомощи, не должно составлять менее и не превышать более чем в полтора раза контрольные показатели, указанные в «Порядке организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», утвержденном приказом ФОМС от 01.12.2010 № 230. В необходимых случаях (при предполагаемом наличии дефектов медицинской помощи) эксперт КМП должен получить разъяснения лечащего врача, медперсонала МО, осмотреть больного, если он находится в МО в момент проверки. Каждый случай медицинской помощи, признаваемый экспертом КМП дефектным, должен быть проанализирован совместно с представителями проверяемой МО (отделения).

2.6. Порядок проведения плановых экспертиз качества медицинской помощи:

2.6.1. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования, согласовывает планы деятельности страховых медицинских организаций в части организации и проведения контроля, в том числе планы проверок страховыми медицинскими организациями медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по договорам на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

В планы деятельности страховых медицинских организаций в части организации и проведения контроля, в том числе в планы проверок страховыми медицинскими организациями медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по договорам на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в течение года по

согласованию с территориальным фондом обязательного медицинского страхования могут вноситься изменения и дополнения.

2.6.2. План экспертных проверок составляется территориальным фондом ОМС и определяет для каждой МО два трехнедельных интервала в году, в течение которых должна проводиться плановая ЭКМП. План экспертных проверок доводится территориальным фондом ОМС до всех МО и СМО, работающих в сфере ОМС области, заблаговременно.

2.6.3. МО не допускает экспертов СМО к проведению плановой (не целевой) ЭКМП вне сроков, предусмотренных Планом экспертных проверок.

2.6.4. При проведении плановой ЭКМП для экспертной проверки могут быть отобраны только случаи медицинской помощи, счета за которые были оплачены после окончания проверяемого периода, проверенного в течение предыдущей плановой ЭКМП.

СМО может отказаться от проведения плановой ЭКМП в конкретной МО (подразделении), если в проверяемом периоде, в целом по МО или по отдельным подразделениям МО, имеется менее 20 случаев медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационара, менее 30 в амбулаторно-поликлинических условиях и менее 40 случаев СМП, оплаченных данной СМО. При этом минимальный объем счетов, который мог быть проверен в данной МО конкретной СМО, должен быть учтен (добавлен) при определении СМО объема страховых случаев, проверяемых в рамках плановых ЭКМП в текущем месяце в других МО, с целью выполнения каждой СМО ежемесячного объема плановых экспертиз, установленного п.30 приказа ФОМС от 01.12.2010 г. №230. О решении не проводить плановую экспертизу в данной МО с указанием конкретной аргументации (количество оплаченных СМО страховых случаев по МО и её подразделениям) СМО должна уведомить ТФОМС Ростовской области до окончания интервала, определенного планом для проверки данной МО.

2.6.5. Проверяемый период по согласованию СМО с руководителем МО может определяться как промежуток времени между предыдущей и текущей проверками либо как определенный календарный интервал (при плановой проверке два раза в год - по календарным полугодиям, при проверке 1 раз в год - по году). В этом случае в проверяемый период включаются случаи, оплаченные СМО в течение календарного полугодия или года. Проверяемый период при плановой ЭКМП не может быть более одного года, т.к. согласно п.35 приказа ФОМС от 01.12.2010 №230 плановая ЭКМП проводится в каждой МО не реже одного раза в течение календарного года. Исключение составляют тематические проверки качества медицинской помощи, организуемые по инициативе территориального фонда ОМС (включая комплексные проверки ТФОМС с органами управления здравоохранением, к которым по решению директора ТФОМС Ростовской области могут привлекаться СМО).

2.6.6. В случае организационных трудностей в проведении проверки в сроки, указанные СМО в письме, направленном в МО, возникших в силу объективных обстоятельств (например, планирование проверок несколькими СМО в одни и те же даты), руководитель МО имеет право обратиться к руководителю СМО с мотивированной просьбой о перенесении дат проверки в пределах периода проверки, определенного ТФОМС. Перенос сроков должен быть произведен по согласованию обеих сторон.

Для переноса сроков проведения проверки за пределы периода проверки, определенного ТФОМС, необходимо письменное обращение СМО или МО в фонд с обоснованием объективных причин переноса, указания дат предполагаемого переноса и подтверждения согласия на него обеих заинтересованных сторон (МО и СМО). Обращение должно быть направлено в фонд не

менее, чем за 7 рабочих дней до начала периода проверки. О принятом решении ТФОМС информирует СМО и МО до начала периода проверки, установленного планом.

2.6.7. Территориальным фондом ОМС в рамках контроля за экспертной деятельностью СМО, а также с целью разработки мероприятий по улучшению качества оказываемой населению области медицинской помощи, могут проводиться тематические ЭКМП как в сроки, предусмотренные планом, так и вне плана. Проверке могут подвергаться случаи оказания медицинской помощи, оплаченные как ТФОМС (в рамках межтерриториальных расчетов), так и одной или несколькими страховыми медицинскими организациями области. Проверяемый период при таких проверках не ограничивается сроками, установленными для других видов проверок.

2.6.8. По окончании плановой проверки экспертом КМП должна быть составлена краткая аналитическая записка произвольной формы с обоснованием оценки всех дефектных случаев, включенных в акт ЭКМП. Записка или её копия предоставляется руководителю МО для составления плана мероприятий по улучшению качества оказываемой в МО медицинской помощи с учетом выявленных дефектов.

2.7. Проведение целевых экспертиз качества медицинской помощи:

2.7.1. Для целевой ЭКМП случаи могут отбираться при проведении МЭК, плановой или целевой МЭЭ. При этом меры экономического воздействия определяются и применяются только после проведения ЭКМП по наиболее существенному основанию для отказа в оплате медицинской помощи или уменьшения оплаты медицинской помощи, а также применения штрафных санкций. Т.о., суммирование размеров мер экономического воздействия в связи с нарушениями, выявленными на разных этапах контроля объемов, сроков, качества условий предоставления медицинской помощи по одному случаю медицинской помощи, не производится.

2.7.2. Целевая ЭКМП по случаям отказа (отсрочки) в оплате территориальными фондами других субъектов РФ может быть проведена в срок до одного года после оплаты ТФОМС Ростовской области счета, предъявленного медицинской организацией.

2.8. Оформление результатов экспертизы и реэкспертизы (МЭЭ и ЭКМП):

2.8.1. По результатам проведенных ЭКМП экспертом качества медицинской помощи, осуществляющим проведение ЭКМП, в двух экземплярах оформляется экспертное заключение (протокол оценки качества медицинской помощи), на основании которого специалист-эксперт составляет акт ЭКМП (дефектный, либо сводный бездефектный), согласно приложениям 3 и 4 к Регламенту. Экспертное заключение является обязательным для любых видов актов.

Если целевая ЭКМП проводится по письменному обращению или жалобе пациента или его законного представителя на нарушение его прав, акт составляется экспертом КМП в трех экземплярах. Один из экземпляров направляется пациенту или его законному представителю для возможного использования для защиты прав пациента в досудебном и судебном порядке.

Если целевая ЭКМП проводится по другим поводам, оговоренным пунктом 25 приказа ФОМС от 01.12.2010 №230, акт составляется в двух экземплярах.

При проведении фондом целевой реэкспертизы КМП по обращению застрахованного в ТФОМС в связи с его несогласием с результатами экспертной проверки СМО, акт составляется в четырех экземплярах, один из которых направляется застрахованному.

По итогам плановой или целевой медико-экономической экспертизы специалистом-экспертом составляется акт медико-экономической экспертизы в двух экземплярах: один передается в медицинскую организацию, один экземпляр остается в страховой медицинской организации/территориальном фонде обязательного медицинского страхования (приказ ФОМС №230).

2.8.2. Сумма уменьшения оплаты медицинских услуг по результатам экспертизы качества медицинской помощи рассчитывается специалистом-экспертом СМО (ТФОМС), ответственным за организацию проверки.

2.8.3. Если объем проверяемых случаев и организация проверки делают возможным оформление актов МЭЭ и ЭКМП представителем (специалистом-экспертом) СМО (ТФОМС) и (или) экспертом КМП на месте в МО, сразу после обсуждения результатов МЭЭ, ЭКМП, визированные этими лицами акты экспертных проверок могут быть вручены для ознакомления руководителю МО непосредственно по окончании проверки.

При отсутствии между сторонами разногласий в оценке результатов экспертизы акты МЭЭ, ЭКМП могут быть сразу же, в МО, подписаны руководителем МО. В дальнейшем подписанные на месте руководителем МО акты считаются согласованными, протоколы разногласий по ним впоследствии составляться не могут и претензии по ним территориальным фондом ОМС не принимаются. В этом случае все экземпляры актов с планом мероприятий по устранению нарушений в оказании медицинской помощи, выявленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи, после подписания руководителем МО могут быть переданы представителю СМО (специалисту-эксперту СМО) для доставки руководителю СМО на подпись. Один из подписанных руководителем СМО экземпляров в течение 5 рабочих дней должен быть возвращен руководителю МО заказной почтой с уведомлением или лично в руки представителем СМО.

Если руководителю медицинской организации для рассмотрения оформленных на месте в МО акта(ов) МЭЭ и ЭКМП необходимо время в пределах сроков, определенных пунктом 58 приказа ФОМС от 01.12.2010 №230, все экземпляры актов оставляются руководителю МО. При этом на актах в присутствии представителей СМО обязательно делается отметка об их получении с соответствующей датой и подписью получателя.

2.8.4. Если после изучения актов МЭЭ и ЭКМП (независимо получены ли они руководителем МО сразу по окончании проверки или в течение 5 рабочих дней согласно пункту 56 приказа ФОМС от 01.12.2010 №230), руководитель МО приходит к заключению о несогласии с результатами проверки, он имеет право в рабочем порядке (письменно или по электронной почте) обсудить спорные позиции актов с руководителем СМО.

Сроки такого обсуждения, которое должно быть объективно мотивированным с обеих сторон, ограничены 15 рабочими днями после получения актов руководителем МО, до истечения которых акты (первично направленные или переоформленные СМО при согласии СМО с аргументацией МО) должны быть подписаны обеими сторонами, и каждая из сторон должна иметь по одному экземпляру акта.

В случае недостижения согласия сторонами подписанный руководителем МО экземпляр акта, направляется в СМО с протоколом разногласий и пометкой на акте о приложении протокола. Также до истечения 15 рабочих дней со дня получения актов МЭЭ и ЭКМП, руководитель МО направляет в ТФОМС Ростовской области письменную претензию по форме приложения 9 к Регламенту. К претензии должны прилагаться материалы внутреннего и ведомственного контроля КМП в МО (согласно пункту 73 приказа ФОМС от 01.12.2010 №230), копии документов предшествовавшего обсуждения сторон по поводу разногласий в оценке результатов МЭЭ и ЭКМП (переписки в бумажном виде или по электронной почте), копии претензионных актов.

2.8.5. При несоблюдении МО сроков и условий подачи претензии, регламентированных приказом ФОМС от 01.12.2010 №230, рассмотрение претензии в ТФОМС не производится.

2.8.6. Невозврат в СМО (ТФОМС) подписанных руководством медицинской организации актов МЭЭ или ЭКМП в сроки, установленные приказом ФОМС от 01.12.2010 №230, расценивается как отсутствие у МО намерений оспаривать результаты экспертизы.

2.8.7. Результаты реэкспертиз (медико-экономической реэкспертизы и реэкспертизы качества медицинской помощи), проводимых ТФОМС в соответствии с приказом ФОМС от 01.12.2010г №230, оформляются актами реэкспертизы согласно приложению 10 (акт реЭКМП) и приложению 12 (акт реМЭЭ) к Регламенту.

Если реэкспертиза проводится ТФОМС с целью проверки организации проведения ЭКМП страховыми медицинскими организациями и не включает в себя оценку обоснованности и достоверности экспертного заключения эксперта КМП, привлеченного СМО, то она может быть проведена силами специалистов–экспертов ТФОМС. В этом случае в акте реэкспертизы ТФОМС указываются наименования и коды допущенных СМО нарушений, соответствующих пп.11.2 - 11.4, 11.6 приложения 3 к договору ТФОМС и СМО о финансовом обеспечении ОМС.

Оценка обоснованности и достоверности заключения эксперта КМП, привлеченного к экспертизе качества медицинской помощи СМО, устанавливается экспертом КМП, участвующим в реэкспертизе, проводимой ТФОМС.

Если фондом проводится реэкспертиза качества медицинской помощи единичного случая (по жалобе застрахованного лица, не удовлетворенного проверкой, проведенной СМО, т.е. требует подробного экспертного заключения к акту, не предусмотренного приложением 10), акт составляется по форме приложения 4 к Регламенту с обязательным указанием о проведении повторной экспертизы и дополнением необходимых данных, присущих акту реэкспертизы.

2.8.8. Для уточнения сведений о случаях оказания медицинской помощи лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, неоплаченных территориальными фондами по месту страхования, в случае необходимости ТФОМС Ростовской области вправе запросить в МО дополнительную информацию (заявление гражданина о прикреплении к МО, направление на плановую госпитализацию, данные об оказанных медицинских услугах и др. сведения) по форме, согласно Приложению 6 Регламента. Запрашиваемую информацию, а также направленные в МО на согласование акты по уже проведенной в связи с отказами в оплате экспертизе, подписанные руководителем и заверенные печатью МО, необходимо предоставлять в ТФОМС в течение 5 рабочих дней с даты получения запроса или акта. Информацию необходимо направлять в письменном виде или электронном виде по защищенным каналам связи в адрес ТФОМС Ростовской области.

2.9. Отчетность СМО по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

2.9.1. СМО собирают «Сведения о результатах медико-экономического контроля» по форме приложения 8, «Сведения о результатах медико-экономической экспертизы» в форме приложения 8.1, ведут реестры актов МЭЭ и ЭКМП по форме приложений 2 и 5 к Регламенту, и отчитываются перед ТФОМС Ростовской области о проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС по формам статистической отчетности, предоставляемой в электронном виде согласно приложению 8 к Тарифному соглашению.

2.9.2. При проведении плановой и целевой экспертизы качества медицинской помощи ежемесячно в срок до 30 числа месяца, следующего за отчетным, СМО предоставляют реестры актов ЭКМП в бумажном виде.

2.9.3. Если за отчетный период СМО была проведена тематическая экспертиза (МЭЭ и/или ЭКМП), к реестру актов экспертного контроля, предоставляемому в ТФОМС, прилагается аналитическая записка по её итогам. Аналитическая записка составляется в произвольной форме с обязательным указанием темы проверки, статистики и анализа итогов проверки, выводов и рекомендаций экспертов и руководителей СМО.

2.9.4. Результаты экспертизы КМП, проведенной ТФОМС Ростовской области, при установлении нарушений, указанных в приложении 4 к настоящему тарифному соглашению отражаются в уведомлении о финансировании МО.

III. Порядок частичной или полной неоплаты медицинских услуг.

2.1. При выявлении нарушений договорных обязательств МО в отношении объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, в соответствии со статьей 41 Федерального Закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», и перечнем оснований для отказа в оплате (уменьшения оплаты) медицинской помощи (приложение 8 к порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, установленному приказом ФОМС от 01.12.2010 №230) СМО вправе частично или полностью не возмещать затраты медицинской организации по оказанию медицинской помощи. Взаимные обязательства медицинских организаций и СМО, следствием которых является возможность частичной или полной неоплаты затрат по оказанию медицинской помощи, а также применения штрафных санкций, предусмотрены заключенным между ними договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

2.2. Объем, гарантии качества и сроки предоставления и условия оказания медицинской помощи, принимаемые в качестве договорных обязательств медицинскими организациями, регламентируются:

- 1) территориальной программой обязательного медицинского страхования;
- 2) соглашением о тарифах на оплату медицинской помощи по ОМС;
- 3) материалами аккредитации и лицензией медицинской организации;
- 4) директивными и инструктивно-методическими документами органов управления здравоохранением по вопросам организации медицинской помощи и гарантий качества медицинской помощи;
- 5) существующими стандартами и порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения);
- 6) общепринятыми нормами клинической практики.

2.3. Расчет сумм снижения оплаты за оказанную медицинскую помощь, а также сумм штрафов, подлежащих перечислению медицинской организацией, производится по результатам МЭК – на основании «Акта медико-экономического контроля», по результатам МЭЭ – на основании «Акта медико-экономической экспертизы», по результатам плановой или целевой ЭКМП – на основании «Акта плановой (целевой) экспертизы качества медицинской помощи», а также на основании письма ТФОМС Ростовской области о признании Фондом социального страхования Российской Федерации страховых случаев, связанных с повреждением здоровья застрахованного вследствие несчастного случая на производстве.

2.4. Размеры неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо

оказание медицинской помощи ненадлежащего качества установлены в соответствии с приложением 4 к Тарифному соглашению.

Суммы, принимаемые к расчетам между СМО и МО по результатам реэкспертизы, проведенной ТФОМС Ростовской области, определяются на основании акта реэкспертизы по результатам МЭЭ (приложение 12) и акта реэкспертизы ЭКМП (приложение 10 к Регламенту). Платежи указанных сумм проводятся отдельным платежным поручением.

2.5. Средства, поступившие от МО при применении мер по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию используются СМО в рамках заключенных договоров в соответствии с Правилами ОМС.

IV. Порядок определения размеров неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС

4.1. Размеры снижения оплаты медицинским организациям, рассчитываются в соответствии с коэффициентом для определения размера неполной оплаты (приложение 4 к тарифному соглашению), применяемым к стоимости конкретного случая медицинской помощи:

- 1) при оказании медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара исходя из стоимости законченного или прерванного случая, рассчитанной на основании действующих тарифов;
- 2) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях - исходя из суммарной стоимости медицинских услуг, выполненных в связи с данным случаем оказания медицинской помощи, проверенным при экспертном контроле.

4.2. В случае применения соответствующих штрафных санкций, установленных приложением 4 к тарифному соглашению, за основу расчета берется норматив финансового обеспечения, установленный территориальной программой ОМС, действующей на период оказания медицинской помощи, в расчете на одно застрахованное лицо (подушевой норматив).

Акт № _____

медико-экономического контроля
сводных счетов и реестров индивидуальных счетов

Счет основной (дополнительный) за _____ 20__ г.

Вид медико-экономического контроля: _____

Название и код территории местонахождения страховщика (плательщика) _____

Наименование, местонахождение и код МО, предъявившей счета _____

Всего представлено счетов на сумму _____ руб.

За стационарную медицинскую помощь: сводных счет(ов) _____

индивидуальных счетов _____ на сумму руб.

За стационарозамещающую мед. помощь: сводных счет(ов) _____

индивидуальных счетов _____ на сумму руб.

За амбулаторно-поликлиническую мед. помощь (в т.ч. стоматологические и параклинические услуги): сводных счет(ов) _____

индивидуальных счетов _____ на сумму руб.

индивидуальных счетов _____ на сумму руб.

по подушевому нормативу

За скорую мед. помощь :

индивидуальных счетов _____ на сумму руб.

в т.ч. с проведением системной тромболитической терапии

индивидуальных счетов _____ на сумму руб.

1. Согласовано к оплате всего счетов на сумму: _____ 0,00

из них:

за стационарную медицинскую помощь на сумму: _____ счетов

за стационарозамещающую мед. помощь на сумму: _____ счетов

за амбулаторно-поликлиническую мед. помощь на сумму: _____ счетов

2.3. Не принято к оплате в связи с превышением согласованных объемов медицинских услуг на общую сумму _____ руб.:

В т.ч.: за стационарную медицинскую помощь на сумму _____ руб.;

за медицинскую помощь в дневном стационаре на сумму _____ руб.;

за амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь на сумму _____ руб.

Подразделения МО	Код отделения	Период, в котором произошло превышение согласованных объемов (квартал)	Величина превышения согласованных объемов медицинских услуг (к/д., посещений, УЕТ)	Сумма, не подлежащая оплате в связи с превышением согласованных объемов	Сумма, не принятая к оплате в связи с превышением согласованных объемов	В т.ч.: до проведения повторного МЭК	Сумма, удерживаемая в текущем месяце	Сумма, подлежащая удержанию в последующий период
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Дата предоставления счетов СМО (ТФ) медицинской организацией " " _____ 201_ г.

Дата проверки счетов (реестров) " " _____ 201_ г.

Специалист (Ф.И.О. и подпись) _____

к «Согласованному регламенту проведения
контроля объемов, сроков, качества и условий
предоставления медицинской помощи
по обязательному медицинскому страхованию
в Ростовской области»

Реестр актов медико-экономической экспертизы № _____ от _____

По счетам за период: _____

(период выставления счета)

Дата начала проведения проверки _____ Дата окончания проверки _____

Вид проверки (плановая, целевая, плановая тематическая) _____

Наименование и код страховщика (плательщика), получившего счета от МО (СМО, структ. подразделение. ТФОМС Ростовской области): _____

(наименование)	(код)
Наименование и код территории местонахождения страховщика (плательщика):	
(наименование)	(код)
Наименование, местонахождение и код МО, предъявившей счет:	
(наименование)	(код)

Всего отобрано на МЭЭ: _____ страховых случаев на сумму _____ руб.

из них:

за стационарную медицинскую помощь _____ страховых случаев на сумму _____ руб.

за стационароразмещающую медицинскую помощь _____ страховых случаев на сумму _____ руб.

за амбулаторно-поликлиническую помощь _____ страховых случаев на сумму _____ руб.

За скорую мед. помощь :

_____ страховых случаев на сумму _____ руб.

Согласовано к оплате всего: _____ страховых случаев на сумму _____ руб.

из них:

за стационарную медицинскую помощь _____ страховых случаев на сумму _____ руб.

за стационароразмещающую медицинскую помощь _____ страховых случаев на сумму _____ руб.

за амбулаторно-поликлиническую помощь _____ страховых случаев на сумму _____ руб.

_____ страховых случаев на сумму _____ руб.

За скорую мед. помощь :

_____ страховых случаев на сумму _____ руб.

Не подлежит оплате всего: _____ страховых случаев на сумму _____ руб.

из них:

за стационарную медицинскую помощь _____ страховых случаев на сумму _____ руб.

за стационароразмещающую медицинскую помощь _____ страховых случаев на сумму _____ руб.

за амбулаторно-поликлиническую помощь _____ страховых случаев на сумму _____ руб.

_____ страховых случаев на сумму _____ руб.

За скорую мед. помощь :

_____ страховых случаев на сумму _____ руб.

Всего проверено случаев медпомощи _____ на сумму _____ руб.

Из них признанно дефектными _____ случаев

Из них выявлено несоответствие счета записям на сумму _____ руб.

выявлено дефектов медицинской помощи в соответствии с Перечнем нарушений условий договора (п.V) _____ случаев на сумму _____ руб.

Снижение оплаты по _____ случаям на сумму _____ руб.,

Штрафы налагаются по _____ случаям на сумму _____ руб.,

Дата: _____

(Ф.И.О. специалиста-эксперта)

(подпись)

(Ф.И.О. руководителя МО)

М.П.

(подпись)

Акты МЭЭ стационарной медицинской помощи:

Акт МЭЭ №	вид проверки (плано-вая - 4.1, целевая - 4.2, плановая тематическая - 4.3)	Код МО	Код условий оказания мед. помощи	Код профиля оказания медицинской помощи	Период (месяц) по счетам	№ и серия полиса ОМС	Код терр. страхования	№ инд. счета	№ мед. Карты	Диагноз основной (МКБ-10)	Диагноз сопутствующий (МКБ-10)	Дата начала оказания мед. помощи (число, месяц, год)	Дата окончания оказания мед. помощи (число, месяц, год)	Количество дней госпитализации	Стоимость лечения (сумма по счетам) Всего	Коды выявленных нарушений	Сумма, подлежащая отказу в оплате всего	Сумма подлежащая оплате по итогам МЭЭ	Сумма начисленных штрафов
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1			1		1							XX.XX.20XX	XX.XX.20XX						
2			1		2														
3			1		3														

Выводы:

За стационарную медицинскую помощь

Не подлежит оплате сумма всего _____ руб.

Подлежит оплате сумма _____ руб.

Кроме того, начислено штрафов

всего на сумму: _____ руб.

Дата _____

ФИО
специалиста-
эксперта

подпись

ФИО руководителя МО

подпись

МП

Приложение 2.2 к реестру актов медико-экономической экспертизы _____

Акты МЭЭ стационарозамещающей помощи

Т	В	Код МО	Код условий оказания мед. помощи	Код профиля оказанной медицинской помощи	Период (месяц) по счетам	N полиса ОМС	Код терр. страхования	N инд. счета	N мед. Карты	Диагноз основной (МКБ-10)	Диагноз сопутствующий (МКБ-10)	Дата начала оказания мед. помощи (число, месяц, год)	Дата окончания оказания мед. помощи (число, месяц, год)	Количество пациенто-дней	Стоимость лечения (сумма по счетам) Всего	Коды выявленных нарушений	Сумма, подлежащая отказу в оплате Всего	Сумма подлежащая оплате по итогам МЭЭ	Сумма начисленных штрафов
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			2		1							XX.XX.20XX	XX.XX.20XX						
					2														
					3														

Выводы:

За медицинскую помощь в условиях дневного стационара

Не подлежит оплате сумма всего _____ руб.

Подлежит оплате сумма _____ руб.

Кроме того, начислено штрафов
всего на сумму: _____ руб.

Дата _____

_____/_____/_____
 ФИО специалиста- эксперта подпись подпись ФИО руководителя МО
 МП

Приложение 2.3 к реестру актов медико-экономической
 экспертизы _____

Акты МЭЭ амбулаторно-поликлинической медицинской помощи:

Акт МЭЭ №	вид проверки (плановая - 4.1, целевая - 4.2, плановая тематическая -4.3)	Код ДМО	Код условий оказания мед. помощи	Код тарифа специалиста (на приеме в поликлинике) или тарифа услуги (параклиника и стоматология)	Период (месяц) по счетам	№ полиса ОМС	Код терр. страхования	№ инд. счета	№ мед. карты	Диагноз основной (МКБ-10)	Диагноз сопутствующий (МКБ-10)	Дата начала оказания мед. помощи (число, месяц, год)	Дата окончания оказания мед. помощи (число, месяц, год)	Длительность лечения (количество посещений, обращений)	Стоимость лечения (сумма по счетам) всего	в т.ч.: доплаты работникам ФАП	Коды выявленных нарушений	Сумма, подлежащая отказу в оплате, всего	Сумма подлежащая оплате по итогам МЭЭ	Сумма начисленных штрафов
1	2	3	3	4	5	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1			3		1							xx.xx 20	xx.xx 20xx							
2			3		2															
3			3		3															

Выводы:

За амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь

Не подлежит оплате сумма всего _____ руб.

Подлежит оплате сумма _____ руб.

Кроме того, начислено штрафов всего на сумму: _____ руб.

Дата _____

_____/_____/_____
 ФИО специалиста- эксперта подпись

_____/_____/_____
 ФИО руководителя МО подпись
 МП

Акты МЭЭ скорой медицинской помощи:

Акт МЭЭ №	вид проверки (плановая - 4.1, целевая - 4.2, плановая тематическая -4.3)	Код МО	Код условий оказания мед. помощи	Код тарифа вызова бригады скорой мед. помощи	Период (месяц) по счетам	№ полиса ОМС	Код терр. страхования	№ инд. счета	№ карты вызова	Диагноз основной (МКБ-10)	Диагноз сопутствующий (МКБ-10)	Дата начала оказания мед. помощи (число, месяц, год)	Дата окончания оказания мед. помощи (число, месяц, год)	Стоимость лечения (сумма по счетам) Всего	Коды выявленных нарушений	Сумма, подлежащая отказу в оплате, всего	Сумма, подлежащая оплате по итогам МЭЭ	Сумма начисленных штрафов
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1			4		1							xx.xx.20xx	xx.xx.20xx					
2			4		2													
3			4		3													

ВЫВОДЫ:

За скорую медицинскую помощь

Не подлежит оплате сумма:

_____ руб.

Подлежит оплате сумма:

_____ руб.

Кроме того, начислено штрафов
всего на сумму: _____ руб.

Дата _____

_____/_____/_____
подпись

МП

ФИО руководителя МО

**Акт № _____ от _____ 20__ г.
экспертизы качества медицинской помощи (сводный)**

Организация, проводившая проверку _____ В соответствии с договором от _____ № _____ Вид проверки: плановая, плановая тематическая.
(нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. эксперта КМП (или идентификационный код): _____ Наименование МО, адрес _____
Специальность эксперта КМП: _____ Условия оказания мед. помощи _____, наименование отделения _____ профиль койки, специальности врача АПП, СМП, по параклиническим видам мед. помощи _____
Проверяемый период: с _____ 20__ г. по _____ 20__ г. Дата проведения ЭКМП: нач: _____ 20__ г. кон: _____ 20__ г.

Перечень проэкспертированных случаев медпомощи

N п/п	№ полиса ОМС	№ инд. счета	№ карты амбулаторного/стационарного больного, вызова СМП	Даты обращений/госпитализаций		Кол-во дней госпитализации, пациентодней, посещений, обращений, вызовов	Код КСГ (для стац. или параклинич. услуг), МКБ (для амбулаторно-поликлинич. МП и СМП)	Стоимость экспертир. случая всего (руб.)	Служебная отметка
				начало	конец				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Всего проверено случаев медицинской помощи _____.

Выводы: _____
Рекомендации: _____

Эксперт КМП: _____
Руководитель СМО: _____
(подпись, Ф.И.О, дата подписания)

Специалист-эксперт: _____
Руководитель МО _____

Акт экспертизы качества медицинской помощи
№ _____ от _____ г.

Экспертом качества медицинской помощи _____

(Ф.И.О. эксперта и (или) его идентификационный код согласно территориальному реестру экспертов КМП)
по поручению _____

(наименование направившей организации)

Поручение (предписание) № _____ в связи с _____
(повод для проверки - жалоба, претензия, плановая ЭКМП и т.д.)

произведена плановая/целевая экспертиза качества медицинской помощи с целью
(нужное подчеркнуть)
выявления нарушений прав застрахованного лица _____,
№ полиса ОМС _____ место работы _____

Место оказания медицинской помощи _____
(наименование медицинской организации, отделения)

Ф.И.О. лечащего врача _____

Медицинская карта (амбулаторного, стационарного) больного № _____,
прочие учетно-отчетные документы _____

Период оказания медицинской помощи: с "___" _____ 201_ г. по "___" _____ 201_ г.

Диагноз, установленный медицинской организацией, код КСГ (МКБ) _____

Стоимость случая всего _____ руб.,

КРАТКОЕ ЭКСПЕРТНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ (готовится на основании экспертного заключения): _____

Выявленные дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи (с
указанием кода дефекта согласно Приложению 8 Приказа ФОМС от 01.12.2010 г. № 230)

Выводы _____

Рекомендации _____

На основании вышеизложенного к медицинскому учреждению применяются меры
экономического воздействия, предусмотренные договором:

Подлежит неоплате/снижению оплаты всего на сумму _____ руб.,

Штраф в размере _____ руб.

По итогам проверки проведен разбор данного случая с руководством медицинской
организации.

Подпись эксперта качества медицинской помощи _____

Подпись представителя страховой медицинской организации (территориального фонда
обязательного медицинского страхования) _____ (должность, Ф.И.О.)
М.П.

Подпись представителя медицинской организации _____ (должность, Ф.И.О.)

С актом экспертизы ознакомлен: дата _____

(подпись руководителя МО)
М.П.

Экспертное заключение (протокол оценки качества медицинской помощи)

Наименование проверяющей организации _____
Медицинская карта (амбул./стац.) больного, прочие учетно-отчетные документы N _____, лечащий врач _____

N полиса обязательного медицинского страхования _____ Пол _____

Дата рождения _____ Адрес застрахованного лица _____

Наименование медицинской организации _____

N реестра инд. счетов _____ от "___" _____ 201_ г., № инд. счета _____

Длительность лечения, всего _____ Стоимость всего _____ руб.

отделение _____ с _____ по _____, к/д. _____;

отделение _____ с _____ по _____, к/д. _____.

Эксперт КМП (Ф.И.О./идентификационный код) _____ Дата проведения ЭКМП "___" _____ 201_ г.

Поступление: экстренное, плановое. Исход случая: выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, смерть, самовольный уход, переведен (направлен) на госпитализацию (куда), другое _____.

Операция _____, дата "___" _____ 201_ г.

Диагноз клинический заключительный:

основной _____

осложнение _____

сопутствующий _____

Диагноз патологоанатомический

основной _____

осложнение _____

сопутствующий _____

I. СБОР ИНФОРМАЦИИ (расспрос, физикальное обследование, лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов, консилиум) _____

Обоснование негативных следствий ошибок в сборе информации: _____

II. ДИАГНОЗ (формулировка, содержание, время постановки)

основной _____

осложнение _____

сопутствующий _____

Обоснование негативных последствий ошибок в диагнозе: _____

III. ЛЕЧЕНИЕ (хирургическое, в т.ч. родовспоможение, медикаментозное, прочие виды и способы лечения)

Обоснование негативных последствий ошибок в лечении: _____

IV. ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ (обоснованность поступления, длительности лечения, перевод, содержание рекомендаций) _____

Обоснование негативных последствий ошибок в преемственности лечения: _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ эксперта качества медицинской помощи: _____

НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЕ ОШИБКИ, ПОВЛИЯВШИЕ НА ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ _____

Представитель медицинской организации: _____

Эксперт качества медицинской помощи: _____

(должность)

(подпись)

(Ф.И.О., дата подписания)

(подпись)

(Ф.И.О., дата подписания)

1.5															
2.1															
2.2.1															
2.2.2															
2.2.3															
2.2.4															
2.2.5															
2.2.6															
2.3															
2.4.1															
2.4.2															
2.4.3															
2.4.4															
2.4.5															
2.4.6															
3.1*															
...															
...															
...															
	Итого по стационарной мед. помощи	Итого по стационароразмещающей мед. помощи	Итого по амбулаторно-поликлинической мед. помощи	Итого по скорой мед. помощи	Итого за отчетный период										
Сроки проверки	*	*	*	*	*										
Идентиф. код эксперта	*	*	*	*	*										
Проверяемая МО	*	*	*	*	*										
Проверяемое отделение	*	*	*	*	*										
Код вида мед. помощи	*	*	*	*	*										
Вид проверки	*	*	*	*	*										
Кол-во проверенных случаев															
Из них имели дефекты															
Код дефекта	1.Кол-во дефектов/2.Сумма снижения оплаты всего (руб.)/ 3.Сумма штрафа (руб.)														

	1	2	3	3 ¹	1	2	3	1	2	3	3 ¹	1	2	3	1	2	3
1.1.1																	
1.1.2																	
1.1.3																	
1.2.1																	
1.2.2																	
1.3.1																	
1.3.2																	
1.4																	
1.5																	
2.1																	
2.2.1																	
2.2.2																	
2.2.3																	
2.2.4																	
2.2.5																	
2.2.6																	
2.3																	
2.4.1																	
2.1*																	

Итого																	

Итого снижение оплаты всего на сумму: _____ руб.,

Итого сумма штрафа _____ руб.

*далее коды дефектов указываются аналогично Перечню оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшению в оплате медицинской помощи) (Приложения 4 к Тарифному соглашению). Коды, соответствующие дефектам, которые ни разу не были выявлены в отчетном периоде, могут не указываться.

Руководитель СМО

(подпись)

Печать

к "Согласованному регламенту проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС в Ростовской области"

Дополнительная информация, требуемая в связи с отказами в оплате ТФОМС субъектов РФ по _____
(Наименование МО)

№ полиса	Пол пациента	№ инд. Счета	Дата рожд.	ТФОМС территории страхования	Сроки лечения	Код МКБ	Условия оказания МП*	Сумма, руб.	Примечание

* Условия оказания: 1 - стационар, 2 - дневной стационар (ДС); 3 - поликлиника; 4 - СМП

Информацию необходимо представить в ТФОМС Ростовской области ком. _____ в срок до _____ 2019г.

При непредоставлении в срок, указанная(ые) сумма(ы) будет(ут) удержана(ы) с оплаты со счетов МО.

Специалист-эксперт ТФОМС РО _____
(Ф.И.О.) (подпись)

Приложение 7
к Согласованному регламенту проведения
контроля объемов, сроков, качества и
условий предоставления медицинской помощи по
ОМС в Ростовской области

Наименование
проверяющей организации

(СМО, ТФОМС)

Руководителю

(наименование МО)

Предписание № _____

На плановую, целевую (нужное подчеркнуть) проверку **качества медицинской помощи** направляются эксперты КМП:

Ф.И.О. эксперта и (или) его идентификационный код в территориальном реестре экспертов КМП	Специальность эксперта согласно территориальному реестру экспертов КМП	Проверяемое отделение (профиль медицинских услуг)
1.		
2.		
3.		

В случае проведения целевой проверки указать цель проверки в соответствии с п.25 Приказа ФОМС от 01.12.2010 г. №230:

В случае проведения плановой тематической проверки указать тему _____

Экспертной проверке подлежат страховые случаи, счета за которые были предъявлены в период с _____ 20__ г. по _____ 20__ г.

Проверка будет проведена с _____ 20__ г. по _____ 20__ г.

Ф.И.О. специалиста-эксперта СМО (ТФОМС), ответственного за проведение проверки, _____.

Прошу обеспечить врачам(у) - экспертам(у) КМП условия для работы и необходимую документацию в соответствии с ч.8 ст. 40 Федерального закона от 29.11.2010г. № 326-ФЗ.

Руководитель СМО

подпись

Печать

Приложение 7а
к Согласованному регламенту проведения
контроля объемов, сроков, качества и
условий предоставления медицинской помощи по
ОМС в Ростовской области

Наименование
проверяющей организации

(СМО, ТФОМС)

Руководителю

(наименование МО)

Предписание № _____

На плановую, целевую (нужное подчеркнуть) **медико-экономическую экспертизу** страховых случаев направляются специалисты-эксперты:

Ф.И.О. специалиста-эксперта	Проверяемое отделение (профиль медицинских услуг)
1.	
2.	
3.	

В случае проведения целевой проверки указать цель проверки в соответствии с п.14 Приказа ФОМС от 01.12.2010 г. № 230:

Экспертной проверке подлежат страховые случаи, счета за которые были предъявлены в период с _____ 20__ г. по _____ 20__ г.

Проверка будет проведена с _____ 20__ г. по _____ 20__ г.

Ф.И.О. специалиста-эксперта СМО (ТФОМС), ответственного за проведение проверки, _____.

Прошу обеспечить специалистам(у)-экспертам(у) условия для работы и необходимую документацию в соответствии с ч.8 ст.40 Федерального закона от 29.11.2010г. № 326-ФЗ.

Руководитель СМО

подпись

Печать

Приложение 8
к Согласованному регламенту проведения
контроля объемов, сроков, качества и
условий предоставления медицинской помощи по
ОМС в Ростовской области

Сведения
о результатах медико-экономического контроля сводных счетов
(реестров индивидуальных счетов)
за _____ 20__ г.

Наименование СМО (филиала ТФОМС Ростовской области) _____ Территория _____

Проверяемый период с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.

Код СМО, проводившей МЭК	Код территории места нахождения МО	Код МО	Наименование МО	Код условий оказания МП	Проверяемый период	Кол-во случаев МП, представленных на МЭК	Сумма счетов, представленных на МЭК (руб.)	Количество выявленных нарушений (случаев) с отказом в оплате	Сумма отказа в оплате (руб.)	Код нарушений	Сумма счетов к оплате после МЭК (руб.)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Ф.И.О. и подпись эксперта

Ф.И.О. и подпись руководителя СМО (ф-ла, отдела ТФОМС Ростовской области)

**Сведения
о результатах медико-экономической экспертизы**

за _____ 20__ г.

Наименование СМО (филиала ТФОМС Ростовской области) _____ Территория _____

Проверяемый период с «__» _____ 200__ г. по «__» _____ 20__ г.

Код СМО, проводившей МЭЭ	Код территории места нахождения МО	Код МО	Наименование МО	Код условий оказания МП	Проверяемый период	Вид проверки (плановая – 4.1, целевая – 4.2, плановая тематич. – 4.3)	Кол-во случаев МП, отобранных на МЭЭ	Сумма по счетам, отобранных на МЭЭ случаев	Количество выявленных нарушений (случаев) с отказом в оплате	Сумма, не подлежащая оплате (руб.)	Сумма штрафа (руб.)	Код нарушения	Сумма счетов, согласованных к оплате после МЭЭ (руб.)	Кол-во проверок	№ акта	Дата проведения МЭЭ (дата акта МЭЭ)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

Ф.И.О. и подпись эксперта

Ф.И.О. и подпись руководителя СМО (ф-ла, отдела ТФОМС Ростовской области)

к «Согласованному регламенту проведения
контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления
медицинской помощи по ОМС Ростовской области»

От _____

В ТФОМС Ростовской области (наименование МО)

Копия: в СМО _____

(наименование СМО)

Претензия

Считаю необоснованными сумму взаиморасчета и штрафы (нужное подчеркнуть), определенные страховой медицинской организацией _____

(наименование СМО)

согласно акту (ов) МЭК, МЭЭ, ЭКМП (нужное подчеркнуть) № _____ от 20__ г.

специалиста-эксперта _____ (Ф.И.О.),

эксперта КМП _____ (Ф.И.О. и/или идентификационный код)

по указанным ниже случаям медицинской помощи по следующим причинам:

№ п/п	№ полиса ОМС	№ индивид. счета /№карты стац./амбул. больного, вызова СМП	Код дефекта /нарушения при оказании медицинской помощи, определенный СМО	Сумма неоплаты /снижения оплаты всего (руб.)	Сумма штрафа, (руб.)	Обоснование несогласия
1	2	3	4	5	8	9

Итого считаю необоснованными:

Сумму взаиморасчета по ___ застрахованным(-ому) лицам(-у) всего на сумму _____ (руб.)

Штрафы на сумму _____ (руб.).

Приложения: 1) материалы внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи; 2) копии актов МЭК, МЭЭ, ЭКМП и результаты разбора несогласия между МО и СМО по претензионным случаям неоплаты/снижения оплаты (или) применения санкций; 3) другие материалы на _____ листах;

Руководитель медицинской организации _____

(подпись, Ф.И.О.)

«__» _____ 20__ г.

М.П.

Акт реэкспертизы по результатам экспертизы качества медицинской помощи

№ _____ от _____ г.

На основании приказа директора территориального фонда обязательного медицинского страхования Ростовской области

от _____ г. № _____

Специалист (должность) (Ф.И.О.)

эксперт/эксперт
КМП

проведена реэкспертиза по результатам **ЭКМП** проведенной СМО _____
(наименование СМО)

Адрес местонахождения СМО _____

Дата проведения проверки _____ г.

Проверка проведена за период с _____ г. по _____ г. в медицинской организации

(наименование медицинской организации, город, район)

Принято к оплате счетов за пролеченных застрахованных _____

из них:	по стационарной помощи	_____
	медицинской помощи в дневном	_____
	стационаре	_____
	амбулаторно-поликлинической помощи	_____
	скорой медицинской помощи	_____

СМО	ЭКМП	_____	случаев	_____ %
проведена		_____		
из них:	по стационарной помощи	_____	случаев	_____ %
	медицинской помощи в дневном	_____		
	стационаре	_____	случаев	_____ %
	амбулаторно-поликлинической помощи	_____	случаев	_____ %
	скорой медицинской помощи	_____	случаев	_____ %

При этом СМО выявлено _____ случаев ___% _____ нарушений, допущенных при предоставлении застрахованным лицам медицинской помощи

1. Проведена реэкспертиза _____ случаев ___% _____

2. При реэкспертизе _____ случаев ___%___ признанных СМО
экспертным заключением СМО в _____ случаях___%___, а именно:

удовлетворительными, экспертное заключение специалистов ТФОМС совпало с

№ п/п	№ полиса обязательного медицинского страхования	№ мед. карты стационарного, амбулаторного больного	Период лечения		Код лечебного отделения	Диагноз или код МКБ-10
			с	по		

2.1. По _____ случаям ___%___ специалистами территориального фонда обязательного медицинского страхования выявлены нарушения, допущенные медицинской организацией, но не выявленные СМО.

Описание конкретного случая выявленного нарушения включает:

№ п/п	№ полиса обязательного медицинского страхования	Период лечения		К-во к/д (пос., усл., УЕТ)	Тариф законченного случая (сумма по счету), руб.	Диагноз основной	Диагноз сопутствующих	категория (работающей, неработающей)	Код дефекта/нарушения при оказании МП (в соотв. с прил. 8 к пр. ФОМС №230 от 1.12.2010г.)	Наименование нарушения	Прил.№3 к типовому договору о фин. обесп. ОМС, от 9.09.2011г. № 1030н		
		с	по								№ пункта перечня нарушений*	Уменьшение финансирования от суммы по счету, руб.	Сумма финансовых санкций

* 11.1. - *невыявление дефектов, соответствующих перечню оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи, установленному в порядке организации контроля*

Уменьшение финансирования от суммы по счету _____ руб.

Сумма финансовых санкций _____ руб.

3. Проведена реэкспертиза _____ случаев с выявленными СМО нарушениями в медицинской организации и оказании медицинской помощи застрахованным лицам

По _____ случаям экспертное заключение СМО совпало с экспертным заключением специалистов территориального фонда обязательного медицинского страхования, а именно:

№ п/п	№ полиса обязательного медицинского страхования	№ мед. карты стационарного, амбулаторного больного	Период лечения		Код лечебного отделения	Диагноз или код МКБ-10
			с	по		

3.1. По _____ случаям _____ специалистами территориального фонда обязательного медицинского страхования выявлены нарушения, допущенные специалистами СМО при ЭКМП

Описание конкретного случая выявленного нарушения включает:

№ п/п	№ полиса обязательного медицинского страхования	период лечения		к-во к/д (пос., услуг, УЕТ)	тариф законченного случая, руб.	Диагноз основной	Диагноз сопутствующий	категория (работающих, неработающих)	Код деф./наруш. при оказ. МП, выявл. СМО (в соотв. с прил. 8 к пр. ФОМС №230 от 1.12.2010г.)	Экспертное заключение к акту ЭКМП (СМО)	Сумма недоплаты, руб.	Прил.№3 к типовому договору о фин. обесп. ОМС, от 9.09.2011г. № 1030н						
		с	по									№ пункта перечня нарушений	Уменьшение финансирования от суммы по счету, руб.	Необоснованно удержанная СМО с МО сумма, руб.	Необоснованно оплаченная СМО МО сумма, руб.	Сумма финансовых санкций, руб.		

Необоснованно удержанная СМО с медицинской организации сумма _____ руб.

Необоснованно оплаченная СМО медицинской организации сумма _____ руб.

Сумма финансовых санкций _____ руб.

4. Выводы: Экспертное заключение СМО и территориального фонда обязательного медицинского страхования совпало в ____ случаях __% __, выявлено нарушений, допущенных СМО в организации и проведении ЭКМП в _____ случаях __% __, в том числе по видам нарушений:

№ п/п	11.1	0	случаев	на сумму	0,00	руб.
№ п/п	11.2	0	случаев	на сумму	0,00	руб.
№ п/п	11.4	0	случаев	на сумму	0,00	руб.
№ п/п	11.5	0	случаев	на сумму	0,00	руб.
№ п/п	11.6	0	случаев	на сумму	0,00	руб.

5. Предложения:

Подлежит восстановлению медицинской организации отдельным платежным поручением необоснованно удержанная сумма в размере: _____ руб.

Подлежит перечислению за счет собственных средств СМО на счет ТФОМС финансовые санкции в размере: _____ руб.

Подлежит возврату СМО/МО в доход бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования сумма в размере: _____ руб.

Подпись специалистов, проводивших реэкспертизу:

(Ф.И.О.)
Директор ТФОМС Ростовской области _____
(подпись)

(подпись)
А.В. Решетников

С актом ознакомлены:

Руководитель СМО _____ Ф.И.О.

М.П. _____ (подпись)

Руководитель МО _____ Ф.И.О.

М.П. _____ (подпись)

Предписание № _____ от _____ 20__ г. об уплате штрафа

наименование организации, проводившей контроль _____

медицинская организация _____ место вынесения предписания

В соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи, установленным приказом ФОМС от 01.12.2010г. №230 (ред. от 16.08.2011г. № 144), «Согласованным регламентом проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС в Ростовской области» (Приложение 5 к Соглашению о тарифах по ОМС в Ростовской области) по результатам МЭК, МЭЭ, ЭКМП (нужное подчеркнуть) в связи с выявленными согласно актам: № _____ от _____; № _____ от _____; № _____ от _____; № _____ от _____ дефектами медицинской помощи/нарушениями при оказании медицинской помощи применены штрафные санкции всего на сумму _____ руб.

Код дефекта/нарушения при оказании медицинской помощи	Размер штрафа
итого	

В соответствии со [статьей 42](#) Федерального закона от 29.11.2011г. «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» медицинская организация имеет право обжаловать заключение страховой медицинской организации по результатам контроля в течение 15 рабочих дней со дня получения актов страховой медицинской организации путем направления претензии в территориальный фонд обязательного медицинского страхования по рекомендуемому образцу ([приложение 9](#) к Согласованному регламенту проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Ростовской области). При несогласии медицинской организации с решением территориального фонда она вправе обжаловать это решение в судебном порядке.

Руководитель проверявшей организации _____ (Ф.И.О., подпись)

**Акт реэкспертизы
по результатам медико-экономической экспертизы**

№ _____ от _____ 20__ г.

На основании приказа директора территориального фонда обязательного
медицинского страхования Ростовской области от _____ г. № _____

Экспертом ТФОМС Ростовской обл.: _____
(должность) (Ф.И.О.)

Экспертом ТФОМС Ростовской обл.: _____
(должность) (Ф.И.О.)

проведена реэкспертиза по
результатам _____ МЭЭ
проведенной СМО _____

Адрес местонахождения СМО _____

Дата проведения проверки _____ 20__ г.

Проверка проведена за период с _____ 20__ г. по _____ 20__ г.
в медицинской организации

(наименование медицинской организации, город, район)

Принято к оплате _____ сче-
то в _____ за пролеченных застрахованных
из них: стационарной помощи _____
медицинской помощи в дн. стац. _____
амбулаторно-поликлин. помощи _____
скорой медицинской помощи _____
СМО проведена МЭЭ _____ случаев _____ %
из них: стационарной помощи _____ случаев _____ %
медицинской помощи в дневном стац. _____ случаев _____ %
амбулаторно-поликлинической помощи _____ случаев _____ %
скорая медицинская помощь _____ случаев _____ %
При этом СМО выявлено _____ случаев _____ % нарушений,
допущенных при предоставлении застрахованным лицам медицинской помощи.

1. Проведена реэкспертиза _____ случаев _____ %

2. При реэкспертизе _____ случаев _____ %
экспертное заключение специалистов ТФОМС совпало с экспертным заключением СМО

в _____ случаях _____ % а именно:

№ п/п	№ полиса обязательного медицинского страхования	№ мед. карты стационарного, амбулаторного больного	Период лечения		Код лечебного отделения	Диагноз или код МКБ-10
			с	по		

2.1. По _____ случаям _____ % специалистами территориального фонда обязательного

медицинского страхования выявлены нарушения, допущенные медицинской организацией, но не выявленные СМО.

Описание конкретного случая выявленного нарушения включает:

№ п/п		
№ полиса обязательного медицинского страхования		
период лечения		
к-во к/д, п/д (пос., услуг, УЕТ)		
тариф законченного случая		руб.
Диагноз основной		
Диагноз сопутствующий		
категория (работающий, неработающий)		

дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи (в соответствии с приложением 8 к настоящему Порядку) допущенные медицинской организацией, но не выявленные СМО:

код дефекта/нарушения

краткое содержание нарушения/дефекта _____

Нарушение, допущенное СМО (в соответствии с Приложением №3 к типовому договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, утвержденному обязательного медицинского страхования, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 сентября 2011г. № 1030н:

№ п/п	
наименование нарушения	
(уменьшения) оплаты медицинской помощи, установленному в порядке организации контроля	

Сумма по счету необоснованно оплаченная руб.

Сумма финансовых санкций руб.

3. Проведена реэкспертиза _____ случаев с выявленными СМО нарушениями в медицинской организации и оказании медицинской помощи застрахованным лицам
 По _____ случаю _____ % экспертное заключение СМО совпало с экспертным заключением специалистов территориального фонда обязательного медицинского страхования, а именно:

№ п/п	№ полиса обязательного медицинского страхования	№ мед. карты стационарного, амбулаторного больного	Период лечения		Код лечебного отделения	Диагноз или код МКБ-10
			с	по		

3.1. По _____ случаям _____ % специалистами территориального фонда обязательного медицинского страхования выявлены нарушения, допущенные специалистами СМО при МЭЭ

Описание конкретного случая выявленного нарушения включает:

№ п/п		
№ полиса обязательного медицинского страхования		
период лечения		
к-во койко-дней (посещений, услуг, УЕТ)		
тариф законченного случая		руб.
Диагноз основной		
Диагноз сопутствующий		

категория (работающий, неработающий) _____
суть выявленного СМО нарушения _____
экспертное заключение, принятое СМО _____ руб.
(сумма
недоплаты)

Нарушение, допущенное СМО при организации и проведении МЭЭ/ЭКМП (в соответствии с Приложением №3 к типовому договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, утвержденному обязательного медицинского страхования, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 сентября 2011г. № 1030н:

№ п/п _____
наименование нарушения _____

Сумма по счету _____ руб.
Необоснованно удержанная СМО с медицинской организации сумма _____ руб.
Сумма финансовых санкций _____ руб.

4. Выводы: Экспертное заключение СМО и территориального фонда обязательного медицинского страхования совпало в _____ случаях _____ %

выявлено нарушений, допущенных СМО в организации и проведении МЭЭ
в _____ случаях _____ % в том числе по видам нарушений:
№ п/п _____ случаев на сумму _____ руб.
№ п/п _____ случаев на сумму _____ руб.

5. Предложения: Подлежит восстановлению медицинской организации отдельным платежным поручением необоснованно удержанная сумма в размере _____ руб.

Подлежит перечислению за счет собственных средств СМО на счет ТФОМС финансовые санкции в размере _____ руб.

Подлежит возврату страховой медицинской организацией в доход бюджета ТФОМС
сумма в размере _____ руб.

Подпись специалистов, проводивших реэкспертизу:

_____ (должность)	_____ (Ф.И.О.)	_____ (подпись)
_____ (должность)	_____ (Ф.И.О.)	_____ (подпись)

Директор ТФОМС Ростовской области _____
(подпись)

С актом ознакомлены:

Руководитель СМО _____
(подпись)

Руководитель медицинской организации _____
(подпись)

М.П.

области

Акт медико-экономической экспертизы страхового случая

N ___ от _____ г.

1. Дата проведения экспертизы _____
2. Фамилия, имя, отчество специалиста-эксперта _____
3. Наименование проверяющей организации _____
4. Наименование медицинской организации _____
5. Номер счета за медицинские услуги _____
6. N полиса обязательного медицинского страхования _____
7. Номер медицинской карты (амбулаторного или стационарного больного) _____
8. Окончательный (клинический) диагноз основного заболевания _____
9. Диагноз сопутствующего заболевания _____
10. Сроки лечения с _____ по _____
11. Стоимость лечения _____
12. Длительность заболевания _____
13. Фамилия, имя, отчество лечащего врача _____
14. Дополнительно проверена следующая учетно-отчетная документация _____

Заключение специалиста-эксперта по обоснованности объемов медицинских услуг, предоставленных к оплате, и их соответствие записям в первичной медицинской и учетно-отчетной документации медицинской организации (в т.ч. краткий перечень выявленных недостатков)

ВЫВОДЫ:

Не подлежит оплате (сумма, код дефекта/нарушения) штраф (сумма, код дефекта/нарушения) _____

Подлежит оплате _____

"__" _____ 200__ г. Специалист-эксперт _____
(подпись)

Руководитель СМО/ТФОМС: _____	Руководитель МО: _____
М.П.	М.П.
подпись,	подпись,
Ф.И.О., дата	Ф.И.О., дата
подписания	подписания

Акт
медико-экономической экспертизы (сводный)

N _____ от _____ г.

Наименование проверяющей организации _____

Наименование медицинской организации _____

Ф.И.О. специалиста-эксперта _____

Проверяемый период с "___" _____ 201_ г. по "___" _____ 201_ г.

Дата проведения экспертизы с "___" _____ 201_ г. по "___" _____ 201_ г.

Дата счета:

N п/п	N полиса обязательного медицинского страхования	Вид, N медицинской документации	Даты обращений		Код МКБ	Оплачено за медицинские услуги	Служебная отметка
			начало	конец			
1	2	3	4	5	6	7	8

ИТОГО:

Всего проверено случаев _____

Специалист-эксперт _____

Руководитель СМО/ТФОМС: _____ Руководитель МО: _____

М.П. _____
подпись, Ф.И.О.,
дата подписания

М.П. _____
подпись, Ф.И.О.,
дата подписания

Акт реэкспертизы по результатам МЭЭ (ЭКМП)*

№ _____ от _____

На основании претензии от _____ № _____ направленной в адрес ТФОМС РО

(наименование медицинской организации, город, район)

Специалистом-экспертом ТФОМС/ экспертом качества МП: _____

(должность)

(Ф.И.О.)

проведена реэкспертиза _____ претензионных случаев, в которых, по результатам (МЭЭ, ЭКМП) СМО выявлены нарушения, допущенные МО при предоставлении застрахованным лицам МП.

из них: по стационарной помощи _____ случаев;
 по медицинской помощи в дневном стац. _____ случаев;
 по амбулаторно-поликлинической помощи _____ случаев;
 по скорой медицинской помощи _____ случаев

№ п/п	№ полиса обязательного медицинского страхования	Условия оказания МП	№ мед. карты стационарного, амбулаторного больного	Период лечения		Код лечебного отделения	Диагностический код МКБ-10	Стоимость лечения, руб.	Код дефекта/нарушения (СМО)	Сумма снижения (СМО), руб.	Сумма штрафа (СМО), руб.	Код дефекта/нарушения (ТФОМС)	Сумма снижения (ТФОМС), руб.	Сумма штрафа (ТФОМС), руб.
				с	по									

Выводы:

Результаты экспертизы СМО и территориального фонда обязательного медицинского страхования совпали в _____ случае(ях)

Нарушения, допущенные СМО в организации и проведении экспертизы, выявлены в _____ случае(ях)

Подпись специалиста(ов),
проводившего(их) реэкспертизу:

(Ф.И.О.)

(подпись)

Дата проведения
проверки:

Директор ТФОМС Ростовской области _____ А.В. Решетников
(подпись)

С актом ознакомлены:

Руководитель СМО _____ Ф.И.О.

(подпись)

М.П.

Руководитель МО _____ Ф.И.О.

(подпись)

М.П.

* Данная форма Акта применяется при рассмотрении Претензии в том случае, если Претензия была направлена в ТФОМС медицинской организацией до перечисления финансовых санкций на счет СМО, по результатам экспертных мероприятий проведенных ею в ходе проверки МО.