

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) утвердил типовые программы проверки (ревизии) соблюдения законодательства в этой сфере и использования средств ОМС территориальными фондами и страховыми медицинскими организациями (СМО). Документы, датированные 12 марта и подписанные еще прежним главой ФОМС Натальей Стадченко, размещены на официальном сайте фонда в разделе «Контрольно-ревизионная деятельность». При ревизии территориальных подразделений комиссией ФОМС будут проверяться, в частности, ведение регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц, финансовое обеспечение территориальной программы ОМС, включая утвержденные и фактические значения нормативов объемов медицинской помощи, финансовых затрат на единицу объема и подушевых нормативов, порядок формирования и структуру тарифов на оплату медпомощи. Будут также анализироваться показатели отчетности медорганизаций в части выполнения целевых значений соотношения зарплаты медработников к средней по региону. СМО

придется объясняться с ревизорами в случае наличия задолженности перед лечебными учреждениями и доказывать обоснованность своих претензий к ним. Проверяться будут, в том числе, наличие отказов в заключении договора на оказание и оплату медицинской помощи с медорганизацией, своевременное предоставление заявок на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи и на оплату счетов за оказанную помощь. В чек-листе инспектора ТФОМС также — проверка оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам; организация и проведение СМО контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС и т.д.

В феврале этого года депутаты Госдумы приняли в первом чтении законопроект, согласно которому территориальные фонды ОМС должны будут ежеквартально готовить рейтинги СМО. Среди критериев оценки эффективности — уровень экспертной работы и качество защиты прав застрахованных.

Медвестник, 26.03.2020 г.