

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ»**

ПРИКАЗ

23.06.2011

№ 361

г. Волгоград

«Об утверждении форм Актов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования в рамках реализации мероприятий Программы модернизации здравоохранения Волгоградской области на 2011 – 2012 годы»

В соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16 декабря 2010 года №240 "Об утверждении Порядка и формы предоставления отчетности об использовании средств на цели по реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в период 2011 - 2012 годов", письмом ФОМС от 29.04.2011г. №2686/21-и «О реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации», приказами Комитета по здравоохранению Администрации Волгоградской области и «ТФОМС Волгоградской области» от 19.05.2011г. №1045 / 273 «О внесении изменений в совместный приказ Комитета по здравоохранению Администрации Волгоградской области и «ТФОМС Волгоградской области» от 15.04.2011г. №729/202 «Об утверждении временного порядка реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в т.ч. предоставляемой врачами-специалистами (специалистами с высшим медицинским образованием), проводимых в рамках программы модернизации здравоохранения Волгоградской области на 2011 – 2012 годы», от 25.05.2011г. №1086/286 «Об утверждении временного порядка реализации мероприятий по поэтапному внедрению стандартов оказания медицинской помощи при раке молочной железы, при раке трахеи, бронхов, легкого, раке желудка, раке шейки и тела матки, яичников, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, проводимых в рамках программы модернизации здравоохранения Волгоградской области на 2011 – 2012 годы» в целях организации и обеспечения оплаты медицинской помощи по итогам экспертных мероприятий, проводимых в рамках реализации Программы модернизации здравоохранения Волгоградской области на 2011 – 2012 годы

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

- формы актов по медико-экономическому контролю (МЭК), медико-экономической экспертизе (МЭЭ)/экспертизе качества медицинской помощи (ЭКМП), форму реестров актов МЭК, МЭЭ, ЭКМП, форму «Итоговой информации о результатах контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в рамках реализации Программы модернизации», форму акта реэкспертизы в рамках реализации мероприятия «Повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами специалистами» по Программе модернизации (Приложения №№ 1 – 5 к настоящему приказу);

- формы актов по медико-экономическому контролю (МЭК), медико-экономической экспертизе (МЭЭ)/экспертизе качества медицинской помощи (ЭКМП), форму реестров актов МЭК, МЭЭ, ЭКМП по программе модернизации, форму «Итоговой информации о результатах контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в рамках реализации Программы модернизации», форму акта реэкспертизы в рамках реализации мероприятия «Поэтапный переход к оказанию медицинской помощи в соответствии со стандартами медицинской помощи, устанавливаемыми Минздравсоцразвития России» по Программе модернизации (Приложения №№ 6-10 к настоящему приказу).

2. Ежемесячно до 20 числа месяца, следующего за отчетным, отделу по организации ОМС осуществлять прием реестров актов МЭК, МЭЭ, ЭКМП по программе модернизации и итоговой информации по результатам экспертной деятельности страховых медицинских организаций в медицинских организациях в рамках реализации мероприятий Программы модернизации по формам, указанным в Приложениях №№ 4-5, 9-10 к настоящему приказу.

3. Начальнику отдела по организации ОМС Скрыбиной И.А. направить в страховые медицинские организации утвержденные формы актов МЭК, МЭЭ, ЭКМП по программе модернизации и реэкспертизы, а также формы реестров актов экспертиз и итоговой информации о результатах контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в рамках реализации мероприятий Программы модернизации.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя исполнительного директора по организации ОМС Голуба Б.В.

Исполнительный директор

Т.В. Самарина

СОГЛАСОВАНО:

Заместитель исполнительного директора
по организации ОМС

Б.В. Голуб

Заместитель исполнительного директора
по экономике

В.Н. Захаров

Заместитель исполнительного директора
по мониторингу системы ОМС

Т.Г. Грачева

Начальник отдела по организации ОМС

И.А.Скрыбина

Начальник отдела по защите прав застрахованных
и экспертизе качества медицинской помощи

О.И Котрунова

Начальник отдела правового и
кадрового обеспечения

О.В. Житникова

Приложение №1
к приказу «ТФОМС Волгоградской области»
от «23» 06 2011 № 361

Акт
медико-экономического контроля № _____ МАП

от « _____ » _____ 2011 г.

Наименование страховой медицинской организации: _____

Наименование медицинской организации: _____

Период проведения МЭК _____

Номер счета на оплату медицинской помощи по Программе модернизации _____

Дата счета _____ Сумма счета _____

Величина дополнительного тарифа одного посещения _____ за период _____

№ п/п	№ счета по ОМС	Дата счета	Кол-во услуг в счете по ОМС		Кол-во услуг в счете по МАП		Код дефекта	Количество услуг, снятых с оплаты по МАП	Сумма неоплаты
			Всего	Принято к оплате	Всего	Принято к оплате			

Выводы:

Не подлежит оплате по программе модернизации (сумма) _____

Специалист СМО _____ подпись _____ расшифровка подписи _____

Руководитель СМО _____ подпись _____ расшифровка подписи _____
М.П.

Руководитель медицинской
организации _____ подпись _____ расшифровка подписи _____

Дата _____

Приложение №2
к приказу «ТФОМС Волгоградской области»
от «23» 06 2011г. №361

Акт
медико-экономической экспертизы/экспертизы качества медицинской
помощи №___МАП

"__" _____ 201_ г.

Период проведения экспертизы _____
Фамилия, имя, отчество специалиста-эксперта/эксперта качества медицинской помощи _____

Наименование проверяющей организации _____

Наименование медицинской организации _____

Номер счета на оплату медицинской помощи по Программе модернизации _____

Дата счета _____ Сумма счета _____

Величина дополнительного тарифа одного посещения _____ за период _____

№ п/ п	№ счета по ОМС	Дата счета	№ случая в счете	Код мед. услуги По МАП	Код дефекта	Количество услуг с частичной неоплатой	Количество услуг, снятых с оплаты полностью	Сумма неоплаты

ВЫВОДЫ:

Не подлежит оплате по программе модернизации (сумма) _____

Специалист-эксперт
/эксперт качества медицинской помощи _____ подпись _____ расшифровка подписи

Руководитель СМО _____ подпись _____ расшифровка подписи

Руководитель медицинской
организации _____ подпись _____ расшифровка подписи
М.П.

"__" _____ 201_ г.

Приложение №3
к приказу «ТФОМС Волгоградской области»
от «23» 06 2011г. № 361

Акт
реэкспертизы по результатам медико-экономической
экспертизы / экспертизы качества медицинской помощи № _____ МАП

На основании приказа «ТФОМС Волгоградской области» от "____" _____
201__ г. № _____

специалистом-экспертом / экспертом качества медицинской помощи:
_____ (должность) _____ (ФИО)

проведена реэкспертиза по результатам МЭЭ / ЭКМП.

проведенной СМО _____

наименование СМО

Дата проведения проверки _____

Проверка проведена за период с " " 201 г. по " " 201 г.

в медицинской организации

наименование медицинской организации, город, район

Принято к оплате _____ счетов амбулаторно-поликлинической помощи по _____ случаям

СМО проведена МЭЭ/ЭКМП _____ случаев (_____ %):

СМО выявлено _____ случаев (_____ %) с дефектами медицинской помощи /нарушениями

1. Проведена реэкспертиза _____ случаев (_____%).
2. При реэкспертизе _____ случаев, признанных СМО удовлетворительными, экспертное заключение специалистов ТФОМС совпало с экспертным заключением СМО в _____ случаях (_____%).
3. По _____ случаям с выявленными СМО нарушениями (_____%) экспертное заключение СМО совпало с экспертным заключением специалистов ТФОМС.
4. По _____ случаям (_____%) специалистами ТФОМС выявлены нарушения, допущенные медицинской организацией, но не выявленные СМО, а именно:

[illegible]

5. По _____ случаям (_____%) специалистами ТФОМС выявлены нарушения, допущенные специалистами СМО при МЭЭ/ЭКМП:

№ п/п	№ счета по ОМС	Дата счета	№ случая в счете	Код мед. услуги по МАП	Код дефекта СМО	Код дефекта ТФОМС	Величина доп. тарифа одного посещения	Необоснованно удержанная сумма СМО с МО	Подлежит удержанию сумма

6. Выводы: _____

7. Финансовые санкции к СМО: _____

8. Предложения: _____

Специалист (ы) ТФОМС: _____ ФИО _____ подпись
 _____ ФИО _____ подпись

Руководитель ТФОМС _____ ФИО _____ подпись

С актом ознакомлены:

Руководитель СМО _____ ФИО _____ подпись
 _____ МП

Руководитель МО _____ ФИО _____ подпись
 _____ МП

**Реестр
согласованных актов МЭК, МЭЭ, ЭКМП по программе модернизации
(МАП)**

за период _____

Наименование страховой медицинской организации: _____

Наименование медицинской организации: _____

Номер счета на оплату медицинской помощи по Программе модернизации _____

Дата счета _____ Сумма счета _____

Величина дополнительного тарифа одного посещения _____ за период _____

МЭК

№п/п	Номер акта	Дата	Количество мед. услуг, снятых с оплаты	Сумма неоплаты

МЭЭ

№п/п	Номер акта	Дата	Количество мед. услуг, снятых с оплаты	Количество мед. услуг с частичной неоплатой	Сумма неоплаты

ЭКМП

№п/п	Номер акта	Дата	Количество мед. услуг, снятых с оплаты	Количество мед. услуг с частичной неоплатой	Сумма неоплаты

Выводы:

Не подлежит оплате по программе модернизации (сумма) _____

Подлежит оплате: _____

Руководитель страховой
медицинской организации _____ подпись _____ расшифровка подписи

М.П.

Дата _____

Приложение №5
к приказу «ТФОМС Волгоградской области»
от «23» 06 2011г. № 361

**Итоговая информация
о результатах контроля объемов, сроков, качества и условий
предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому
страхованию в рамках реализации Программы модернизации
(МАП)**

за период _____

Наименование страховой медицинской организации: _____

		Не подлежит оплате по программе модернизации (сумма в руб.)				Подлежит оплате
№п/п	Наименование медицинской организации	МЭК	МЭЭ	ЭКМП	Всего	Всего
	Итого:					

Руководитель страховой медицинской организации _____ подпись _____ расшифровка подписи

Главный бухгалтер _____ подпись _____ расшифровка подписи

М.П.

Дата _____

Приложение №6
к приказу «ТФОМС Волгоградской области»
от «23» 06 2011г. № 361

Акт
медико-экономического контроля № _____ МВС

от «_____» _____ 201 г.

Наименование страховой медицинской организации: _____

Наименование медицинской организации: _____

Период проведения МЭК _____

Номер счета на оплату медицинской помощи по Программе модернизации _____

Дата счета _____ Сумма счета _____

№ п/п	№ счета по ОМС	Дата счета	Кол-во услуг в счете по ОМС		Кол-во услуг в счете по МВС		Код дефекта	Количество услуг, снятых с оплаты по МВС	Ве ли чи на до п. тар иф а	Сумма неоплаты
			Всего	Принято к оплате	Всего	Принято к оплате				

Выводы:

Не подлежит оплате по программе модернизации (сумма) _____

Специалист СМО _____ подпись _____ расшифровка подписи _____

Руководитель СМО _____ подпись _____ расшифровка подписи _____
М.П. _____

Руководитель медицинской _____ подпись _____ расшифровка подписи _____
организации _____

Дата _____

Приложение №7
к приказу «ТФОМС Волгоградской области»
от « 23 » 06 2011г. № 361

Акт
медико-экономической экспертизы/экспертизы качества медицинской
помощи № ____ МВС

от « ____ » _____ 201 г.

Дата проведения экспертизы _____

Фамилия, имя, отчество специалиста-эксперта/эксперта качества медицинской помощи _____

Наименование проверяющей организации _____

Наименование медицинской организации _____

Период проведения МЭЭ _____

Номер счета на оплату медицинской помощи по Программе модернизации _____

Дата счета _____ Сумма счета _____

№ п/ п	№ счета по ОМС	Дата счета	№ случая в счете	Код мед. услуги	Код дефекта	Количество услуг с частичной неоплатой	Количество мед. услуг, снятых с оплаты полностью	Величина доп. тарифа одного стандарта	Сумма неоплаты

ВЫВОДЫ:

Не подлежит оплате по программе модернизации (сумма) _____

Специалист-эксперт

/эксперт качества медицинской помощи _____ подпись _____ расшифровка подписи _____

Руководитель медицинской

организации _____ подпись _____ расшифровка подписи _____

М.П.

" ____ " _____ 201 г.

Приложение №8
к приказу «ТФОМС Волгоградской области»
от « 23 » 06 2011г. № 361

Акт
резэкспертизы по результатам медико-экономической
экспертизы / экспертизы качества медицинской помощи №

МБС

На основании приказа «ТФОМС Волгоградской области» от "_____" _____ 201__ г.

специалистом-экспертом / экспертом качества медицинской помощи:
_____ (должность) _____ (ФИО)

проведена реэкспертиза по результатам МЭЭ / ЭКМП.

проведенной СМО

наименование СМО

Дата проведения проверки

Проверка проведена за период с " "	201	г., по " "	201	г.
------------------------------------	-----	------------	-----	----

в медицинской организации

наименование медицинской организации, город, район

Принято к оплате _____ счетов амбулаторно-поликлинической помощи по
случаям _____

СМО проведена МЭЭ/ЭКМП _____ случаев (_____ %):

СМО выявлено _____ случаев (_____ %) с дефектами медицинской помощи /нарушениями

1. Проведена реэкспертиза _____ случаев (_____ %).
2. При реэкспертизе _____ случаев, признанных СМО удовлетворительными, экспертное заключение специалистов ТФОМС совпало с экспертным заключением СМО в _____ случаях (_____ %).
3. По _____ случаям с выявленными СМО нарушениями (_____ %) экспертное заключение СМО совпало с экспертным заключением специалистов ТФОМС.
4. По _____ случаям (_____ %) специалистами ТФОМС выявлены нарушения, допущенные медицинской организацией, но не выявленные СМО, а именно:

[illegible]

5. По _____ случаям (_____ %) специалистами ТФОМС выявлены нарушения, допущенные специалистами СМО при МЭЭ/ЭКМП:

№ п/ п	№ счета по ОМС	Дата счета	№ случая в счете	Код мед. услуги	Код дефекта СМО	Код дефекта ТФОМС	Величина доп. тарифа одного стандарта	Необоснованн о удержанная сумма СМО с МО	Подлеж ит удержа нию сумма

6. Выводы: _____

7. Финансовые санкции к СМО: _____

8. Предложения: _____

Специалист(ы) ТФОМС: _____ ФИО _____ подпись
 _____ ФИО _____ подпись

Руководитель ТФОМС _____ ФИО _____ подпись

С актом ознакомлены:

Руководитель СМО _____ ФИО _____ подпись
 _____ МП

Руководитель МО _____ ФИО _____ подпись
 _____ МП

**Реестр
согласованных актов МЭК, МЭЭ, ЭКМП по программе модернизации
(МВС)**

за период _____

Наименование страховой медицинской организации: _____

Наименование медицинской организации: _____

Номер счета на оплату медицинской помощи по Программе модернизации _____

Дата счета _____ Сумма счета _____

МЭК

№п/п	Номер акта	Дата	Количество мед. услуг, снятых с оплаты	Сумма неоплаты
итого				

МЭЭ

№п/п	Номер акта	Дата	Количество мед. услуг с частичной неоплатой	Количество мед. услуг, снятых с оплаты	Сумма неоплаты
итого					

ЭКМП

№п/п	Номер акта	Дата	Количество мед. услуг с частичной неоплатой	Количество мед. услуг, снятых с оплаты	Сумма неоплаты
итого					

Выводы:

Не подлежит оплате по программе модернизации (сумма) _____

Подлежит оплате: _____

Руководитель страховой
медицинской организации _____ подпись _____ расшифровка подписи
М.П.

Дата _____

**Итоговая информация
о результатах контроля объемов, сроков, качества и условий
предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому
страхованию в рамках реализации Программы модернизации (МВС)**

за период _____

Наименование страховой медицинской организации: _____

		Не подлежит оплате по программе модернизации (сумма в руб.)				Подлежит оплате
№п/п	Наименование медицинской организации	МЭК	МЭЭ	ЭКМП	Всего	Всего
	Итого:					

Руководитель страховой медицинской организации _____ подпись _____ расшифровка подписи

Главный бухгалтер _____ подпись _____ расшифровка подписи

М.П.

Дата _____

Табличная форма акта № ____ от ____ (дата)
 медико-экономического контроля счета № ____ от ____
 за оказанную медицинскую помощь
 в медицинской организации: _____
 (наименование)

Перечень отклоненных позиций к оплате в счете (реестре) с разбивкой по:

- коду специалиста медицинской организации
- коду профиля отделения (для медицинской организации, оказывающей стационарную помощь, - койки)

№ п/п В ре- естре	№ полиса обязатель- ного медицинс- кого страхова- ния	Код по МКБ-10	Дата начала лечения	Дата окончания лечения	Код дефекта / нарушения	Расшифровка кода дефекта / нарушения	Сумма неоплаты (руб.)
Итого по акту на сумму							
в т.ч. по коду:							

Профиль отделения (койки) или специалиста	Предоставлено к оплате		Отказано в оплате		Принято к оплате		Оплатить	
	кол-во	сумма	кол-во	сумма	кол-во	сумма	кол-во	сумма

Итого по счету: _____

Исполнитель _____ подпись _____ расшифровка
 подписи

Руководитель страховой медицинской организации / директор территориального фонда
 обязательного медицинского страхования

_____ подпись _____ расшифровка
 подписи

М.П.

Должность, подпись руководителя медицинской организации, ознакомившегося с Актом

Дата _____

Приложение 1
к Порядку организации и проведения
контроля объемов, сроков, качества и
условий предоставления медицинской
помощи по обязательному
медицинскому страхованию

Акт *

медико-экономического контроля

Заголовочная часть:

Номер Акта, дата его составления.

Наименование страховой медицинской организации. Наименование медицинской организации.

Номер реестра счетов, период, за который он предоставлен.

Содержательная часть

Характеристика реестра оказанной медицинской помощи: число оказанных медицинских услуг, суммарная стоимость медицинских услуг, предоставленных к оплате.

Констатация соответствия (несоответствия) данных счета-фактуры реестру оказанной медицинской помощи.

Констатация соответствия (несоответствия) тарифов, указанных в реестре оказанной медицинской помощи, утвержденным тарифам.

Констатация соответствия (несоответствия) видов и профилей оказанной медицинской помощи лицензии медицинского учреждения.

Результаты автоматизированного медико-экономического контроля: число выявленных записей, содержащих сведения о дефектах медицинской помощи / нарушениях при оказании медицинской помощи и их стоимость.

Расшифровка выявленных дефектов медицинской помощи / нарушений при оказании медицинской помощи (в соответствии с Перечнем оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи (приложение 8 к настоящему Порядку) с указанием заявленной суммы для оплаты (может представляться в табличном виде).

Сумма, исключаемая из оплаты, по результатам проведенного медико-экономического контроля.

Сумма финансовых санкций за дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании медицинской помощи *. *Какие дефекты МП?!!!!*

Итоговая сумма, принятая к оплате.

Заверительная часть

Должность, подпись работника, проводившего медико-экономический контроль.

Должность, подпись ответственного лица страховой медицинской организации (территориального фонда обязательного медицинского страхования), утверждающего Акт.

Должность, подпись руководителя медицинской организации, ознакомившегося с Актом.

* по данной форме заполняется акт также и при проведении повторного медико-экономического контроля

Акт
экспертизы качества медицинской помощи (плановой)

в _____
название медицинской организации, адрес
в соответствии с договором от _____ № _____
Организация, проводившая проверку:

Ф.И.О. эксперта качества медицинской помощи (или идентификационный номер):

Объект проверки: _____
Проверяемый период: с _____ по _____
Дата проведения экспертизы:

Выявленные дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании медицинской помощи (в соответствии с Перечнем оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи - Приложение 8 к настоящему Порядку) и размер санкций:

№ п/п	№ полиса обязательного медицинского страхования	Вид, № медицинской документации	Дефекты медицинской помощи / нарушения		Размер санкций	
			Название	Код	%	сумма

Всего проверено случаев оказания медицинской помощи:

Из них признано содержащими дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании медицинской помощи:

Санкции налагаются по _____ случаям на
сумму _____ руб.

Выводы:

Рекомендации:

Руководитель СМО:

Руководитель медицинской организации:

Представитель МО:

Эксперт: