



ЧЕЛЯБИНСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ФОНД ОМС

454091, Россия, г. Челябинск, пл. МОПРа, 8а тел.: (351) 264 90 82, ф.: (351) 264 90 81 e-mail: dirfoms@chel.surnet.ru, www.ofoms-chel.ru

ПРИКАЗ

«18» *Май* 2011г

№ 340

Об утверждении форм
дополнительных соглашений к Договорам
в сфере обязательного медицинского страхования

Во исполнение ст.50 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в целях реализации Областной целевой Программы модернизации здравоохранения Челябинской области на 2011-2012 годы, утвержденной Постановлением Правительства Челябинской области от 15.12.2010 №313-П,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

- типовую форму дополнительного соглашения к договорам о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования на 2011 год о согласовании Порядка финансирования мероприятий по внедрению стандартов медицинской помощи и повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами – специалистами (Приложение 1);

- типовую форму дополнительного соглашения к договорам на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию согласовании Порядка взаимодействия страховой медицинской организации и медицинской организации в процессе реализации мероприятий по внедрению стандартов медицинской помощи и повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами – специалистами (Приложение 2);

2. Рекомендовать руководителям медицинских организаций и страховых медицинских организаций заключить дополнительные соглашения по формам, утвержденным настоящим приказом.

3. Директорам межрайонных и городских филиалов ЧОФОМС, начальнику управления по г.Челябинску (Кокшина Е.Г.) довести настоящий приказ до сведения руководителей медицинских организаций и страховых медицинских организаций.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

5. Настоящий приказ вступает в силу со дня его подписания.

Исполнительный директор

М.Г.Вербитский

ТИПОВАЯ ФОРМА

ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО СОГЛАШЕНИЯ К ДОГОВОРУ НА ОКАЗАНИЕ И ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ

«___» _____ 2011 г.

Страховая медицинская организация _____,
действующая на основании лицензии № _____ от _____, выданной
_____, в лице
_____, действующей на основании
_____, далее именуемая Страховой медицинской
организацией, с одной стороны, и медицинская организация _____
включенная в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации
территориальной программы обязательного медицинского страхования, и
действующая на основании лицензии № _____ от _____, выданной
_____, в лице
_____, действующей на основании
_____, далее именуемая Организацией, с другой
стороны,

являющиеся сторонами по договору № _____ от _____ на оказание и
оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее
именуемому – Договор),

на основании ст.50 Федерального закона «Об обязательном медицинском
страховании в Российской Федерации», в соответствии с Постановлением
Правительства РФ от 15.02.2011 №85 «Об утверждении Правил финансового
обеспечения в 2011 - 2012 годах региональных программ модернизации
здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств,
предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского
страхования», Постановлением Правительства РФ от 07.02.2011 №60 «О порядке
реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской
помощи, в том числе предоставляемой врачами – специалистами, проводимых в
рамках региональных программ модернизации здравоохранения субъектов
Российской Федерации», нормативными правовыми актами Челябинской области,
Тарифным соглашением в системе обязательного медицинского страхования
Челябинской области, в целях реализации областной целевой Программы
модернизации здравоохранения Челябинской области на 2011-2012 годы,

заключили настоящее дополнительное соглашение о нижеследующем:

1. Согласовать к Договору Приложение № 3 «Порядок взаимодействия страховой медицинской организации и медицинской организации в процессе реализации мероприятий по внедрению стандартов медицинской помощи и повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами – специалистами».

2. Настоящее соглашение вступает в силу с момента его подписания, применяется к отношениям сторон, возникшим с 01 мая 2011 года, и действует до окончания срока действия Договора.

3. Настоящее соглашение составлено в 2 экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр находится у Страховой медицинской организации, второй – у Организации

Страховая медицинская организация

Организация

ИНН/КПП _____ / _____

ИНН/КПП _____ / _____

Адрес (место) нахождения:

Адрес (место) нахождения:

Банковские реквизиты:

Банковские реквизиты:

М.П.

М.П.

ПОРЯДОК ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ВНЕДРЕНИЮ СТАНДАРТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ПОВЫШЕНИЮ ДОСТУПНОСТИ АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ ВРАЧАМИ – СПЕЦИАЛИСТАМИ

1. На основании ст.50 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее именуемого – Федеральный закон), в соответствии с Постановлением Правительства от 15.02.2011 №85 «Об утверждении Правил финансового обеспечения в 2011 - 2012 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования» (далее именуемых – Правила), Постановлением Правительства РФ от 07.02.2011 №60 «О порядке реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами – специалистами, проводимых в рамках региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации», нормативными правовыми актами Челябинской области Территориальный фонд принимает на себя обязательства по финансовому обеспечению деятельности Страховой медицинской организации в рамках реализации Областной целевой Программы модернизации здравоохранения Челябинской области на 2011-2012 годы (далее именуемая - Программа), а Страховая медицинская организация использует полученные денежные средства в соответствии с их целевым назначением.

2. Страховая медицинская организация обязуется:

2.1. В срок, обеспечивающий возможность своевременного исполнения обязательств сторон по настоящему соглашению, заключить с медицинскими организациями дополнительные соглашения к договорам на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, предусматривающие осуществление медицинскими организациями мероприятий по внедрению стандартов медицинской помощи и повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами – специалистами, и условия использования средств в соответствии с Правилами.

2.2. Представить в Территориальный фонд реестр заключенных дополнительных соглашений и их заверенные копии, а также информировать Территориальный фонд обо всех изменениях в указанном реестре в течение 1 (Одного) рабочего дня с даты изменения.

2.3. Для получения денежных средств ежемесячно формировать заявки в Территориальный фонд в порядке и по форме, установленным Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 22.02.2011 №40 «Об утверждении порядка формирования и формы заявки на получение средств на внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами».

2.3.1. В заявку включается объем средств, направляемых на внедрение стандартов стационарной медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами в рамках Программы, в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными Тарифным соглашением в системе обязательного медицинского страхования Челябинской области.

2.3.2. В заявку включаются суммы счетов на оплату медицинской помощи, предъявленные к оплате медицинскими организациями за счет средств Программы отдельно по направлениям:

1) внедрение стандартов медицинской помощи при оказании стационарной медицинской помощи;

2) повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами.

2.3.3. Заявка на авансирование предоставляется вместе с обоснованием размера требования об авансировании.

2.3.4. При определении объемов средств, подлежащих перечислению в страховую медицинскую организацию, учитываются средства, полученные Страховой медицинской организацией на авансирование мероприятий по внедрению стандартов медицинской помощи, повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами, в рамках Программы, за период, на который представлена заявка.

2.3.5. Итоговая сумма заявки на получение средств на внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами, уменьшается на остаток средств, сформировавшийся в Страховой медицинской организации по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию за счет применения к медицинским организациям санкций в соответствии со ст.41 Федерального закона за предыдущие периоды и не удержанные ранее. В заявку не включаются средства, предназначенные для расходов на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию Страховой медицинской организации.

2.3.6. Заявка представляется на бумажном носителе, заверяется печатью Страховой медицинской организации и подписями руководителя и главного бухгалтера Страховой медицинской организации. При наличии электронного документооборота заявка может представляться в электронном виде с применением электронной цифровой подписи.

2.4. Полученные от Территориального фонда средства на внедрение стандартов и повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами – специалистами, в срок не позднее 2 (Двух) рабочих дней со дня их получения перечислять:

2.4.1. на счет медицинской организации, являющейся автономным учреждением, открытый в кредитной организации, или на лицевой счет этой организации, открытый в территориальном органе Федерального казначейства или финансовом органе субъекта Российской Федерации либо муниципального образования;

2.4.2. на лицевой счет медицинской организации, являющейся бюджетным учреждением, открытый в территориальном органе Федерального казначейства или финансовом органе субъекта Российской Федерации либо муниципального образования;

2.4.3. на счет, открытый территориальному органу Федерального казначейства для учета поступлений и их распределения между бюджетами бюджетной системы Российской Федерации, для последующего перечисления в установленном порядке (приказ Минфина РФ от 05.09.2008 №92н) на счет по учету средств федерального бюджета, бюджета субъекта Российской Федерации, бюджета муниципального образования и доведения до медицинской организации, являющейся казенным учреждением, лимитов бюджетных обязательств в размере поступивших в соответствующий бюджет указанных средств.

Средства, перечисляемые до 1 января 2012 г. медицинской организации, являющейся казенным учреждением, подлежат отражению на лицевом счете получателя бюджетных средств, открытом в территориальном органе Федерального казначейства (в соответствующем разделе для учета операций по приносящей доход деятельности), либо на лицевом счете, открытом этой организации в финансовом органе субъекта Российской Федерации либо муниципального образования, в порядке, предусмотренном для учета операций со средствами от приносящей доход деятельности.

2.4.4. При перечислении денежных средств на реализацию мероприятий Программы в назначении платежа указывать: «Целевые средства на реализацию мероприятий по внедрению стандартов и повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами – специалистами, в рамках региональной программы модернизации здравоохранения».

2.5. Отражать обособленно в бухгалтерском учете поступление и расходование средств на внедрение стандартов оказания стационарной медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной помощи, в том числе предоставляемой врачами – специалистами, в рамках Программы.

2.5.1. по направлениям их расходования:

- внедрение стандартов стационарной медицинской помощи;
- проведение диспансеризации 14-летних подростков;
- повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами – специалистами;

2.5.2. по источникам их финансирования:

- субсидии бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования;

- средства бюджета Территориального фонда в рамках реализации Программы.

2.6. Ежемесячно, в срок до 10-го числа месяца, следующего за отчетным, представлять в Территориальный фонд отчеты о поступлении и расходовании средств в соответствии с разделом 3 формы отчетности и пунктом 7 «Порядка и формы предоставления отчетности об использовании средств на цели по реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в период 2011 - 2012 годов», утвержденного приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16.12.2010 №240 (с изменениями и дополнениями).

2.7. Не направлять денежные средства, полученные в соответствии с настоящим порядком, на формирование страховых резервов и расходы на ведение дела.

3. Территориальный фонд обязуется:

3.1. Не позднее 3 (Трех) рабочих дней после получения указанной в пункте 2.1. настоящего порядка заявки перечислить соответствующие средства Страховой медицинской организации в пределах сумм, предоставленных Территориальному фонду из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в виде субсидий в порядке, установленном действующим законодательством.

3.2. Средства перечисляются при наличии дополнительного соглашения к договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию между Страховой медицинской организацией и медицинской организацией, предусматривающих осуществление медицинскими организациями мероприятий по внедрению стандартов медицинской помощи и повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами – специалистами, и условия использования средств в соответствии с Правилами.

3.3. Объем перечисляемых средств определяется в пределах средств, утвержденных Программой.

4. Территориальный фонд вправе:

4.1. Предоставлять средства для внедрения стандартов медицинской помощи и повышения доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами – специалистами, в порядке авансирования в сроки и объемах, установленных в пункте 4.4. Договора. Средства, предоставляемые в виде авансовых платежей, засчитываются при последующем предоставлении средств в соответствии с реестрами счетов и счетами медицинской организации на оплату медицинской помощи.

4.2. Осуществлять контроль за использованием Страховой медицинской организацией средств на внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами – специалистами, путем проведения проверок и ревизий в соответствии с требованиями действующего законодательства и нормативных актов Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Территориального фонда, Министерства здравоохранения Челябинской области.

4.3. Проверки проводятся не реже одного раза в год. Результаты проверки оформляются актом.

4.4. При выявлении Территориальным фондом фактов нецелевого использования полученных финансовых средств их восстановление производится путем возврата в бюджет Территориального фонда в течение 10 (Десяти) рабочих дней со дня предъявления Территориальным фондом предписания. При невозврате средств в установленный срок Территориальный фонд производит удержание финансовых средств из средств финансирования очередного периода.

4.5. По каждому выявленному факту использования средств не по целевому назначению Страховая медицинская организация уплачивает за счет собственных средств, сверх суммы убытков, пени в размере одной трехсотой ставки

рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день составления акта, от нецелевых сумм за каждый день нарушения.

4.6. При выявлении фактов нарушений обязательств, предусмотренных настоящим Порядком, (кроме указанных в п.4.4. настоящего Порядка) в отношении Страховой медицинской организации применяются также санкции, установленные действующим законодательством и Договором.

Страховая медицинская организация

Территориальный фонд

М.П.

М.П.

ТИПОВАЯ ФОРМА
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО СОГЛАШЕНИЯ
К ДОГОВОРУ О ФИНАНСОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА 2011 ГОД.

«__» _____ 20__ г.

_____ Челябинский областной фонд обязательного медицинского страхования в лице _____, действующего на основании _____, далее именуемый Территориальным фондом, с одной стороны, и страховая медицинская организация _____, в лице _____, действующего на основании _____, далее именуемая Страховой медицинской организацией, с другой стороны, являющиеся сторонами по договору № _____ от _____ о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования на 2011 год (далее именуемому – Договор), заключили настоящее дополнительное соглашение о нижеследующем:

1. На основании ст.50 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и в соответствии с Постановлением Правительства от 15.02.2011 №85 «Об утверждении Правил финансового обеспечения в 2011 - 2012 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования», Постановлением Правительства РФ от 07.02.2011 №60 «О порядке реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами – специалистами, проводимых в рамках региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации», нормативными правовыми актами Челябинской области, в целях реализации Областной целевой Программы модернизации здравоохранения Челябинской области на 2011-2012 годы, согласовать к Договору Приложение №2 «Порядок финансирования мероприятий по внедрению стандартов медицинской помощи и повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами – специалистами».

2. Настоящее соглашение вступает в силу с момента его заключения, применяется к отношениям сторон, возникшим с 01 мая 2011 года, и действует до окончания срока действия Договора.

3. Настоящее соглашение составлено в 2 экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр находится у Территориального фонда, другой – у Страховой медицинской организации.

**Челябинский областной обязательного
медицинского страхования**

ИНН/КПП _____ / _____

Адрес (место) нахождения:

Банковские реквизиты:

М.П.

**Страховая медицинская
организация**

ИНН/КПП _____ / _____

Адрес (место) нахождения:

Банковские реквизиты:

М.П.

**ПОРЯДОК
ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
И ОРГАНИЗАЦИИ ПО ДОГОВОРУ В ПРОЦЕССЕ РЕАЛИЗАЦИИ
МЕРОПРИЯТИЙ ПО ВНЕДРЕНИЮ СТАНДАРТОВ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ И ПОВЫШЕНИЮ ДОСТУПНОСТИ АМБУЛАТОРНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ
ВРАЧАМИ – СПЕЦИАЛИСТАМИ**

г. Челябинск

1. На основании ст.50 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее именуемого – Федеральный закон), в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 15.02.2011 №85 «Об утверждении Правил финансового обеспечения в 2011 - 2012 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования» (далее именуемые - Правила), Постановлением Правительства РФ от 07.02.2011 №60 «О порядке реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами – специалистами, проводимых в рамках региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации», нормативными правовыми актами Челябинской области, Тарифным соглашением в системе обязательного медицинского страхования Челябинской области (далее именуемым – Тарифное соглашение), в целях реализации областной целевой Программы модернизации здравоохранения Челябинской области на 2011-2012 годы (далее именуемой – Программа), Организация обязуется осуществить мероприятия по внедрению стандартов медицинской помощи и повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами – специалистами, а Страховая медицинская организация обязуется оплатить указанные мероприятия.

2. Страховая медицинская организация обязуется:

2.1. Перечислять Организации средства на внедрение стандартов стационарной медицинской помощи и повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами – специалистами, в срок не позднее 2 (Двух) рабочих дней со дня их получения от Челябинского областного фонда обязательного медицинского страхования (далее именуемого - ЧОФОМС) в порядке, установленном пунктом 13 Правил, указывая в назначении платежа: «Целевые средства на реализацию мероприятий по внедрению стандартов и повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе

предоставляемой врачами – специалистами, в рамках региональной программы модернизации здравоохранения».

2.2. Объем перечисляемых средств определяется в пределах средств, утвержденных Программой.

3. Организация обязуется:

3.1. Формировать счета на оплату медицинской помощи по утвержденным тарифам (за счет средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования, ЧОФОМС) на медицинскую помощь в соответствии со способами оплаты, установленными в рамках Тарифного соглашения из средств, предусмотренных на реализацию мероприятий Программы модернизации.

3.2. Осуществлять за счет средств, полученных от страховой медицинской организации, мероприятия по внедрению стандартов медицинской помощи и повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами – специалистами, предусмотренные Программой, в том числе обеспечить:

3.2.1. предоставление стационарной медицинской помощи с учетом внедрения стандартов ее оказания, включая обеспечение лекарственными препаратами и расходными материалами, необходимыми для проведения диагностических и лечебных мероприятий при оказании стационарной медицинской помощи;

3.2.2. осуществление денежных выплат стимулирующего характера врачам – специалистам, оказывающим амбулаторную медицинскую помощь, среднему медицинскому персоналу, работающему с указанными врачами, фельдшерам, работающим на врачебных должностях и ведущим самостоятельный прием, врачам и среднему медицинскому персоналу параклинических подразделений, получающих заработную плату из средств обязательного медицинского страхования.

3.2.3. обеспечение укомплектованности медицинских организаций врачами – специалистами и специалистами со средним медицинским образованием, оказывающими амбулаторную медицинскую помощь;

3.2.4. обеспечение лекарственными препаратами и расходными материалами, необходимыми для проведения диагностических и лечебных мероприятий при оказании амбулаторной медицинской помощи;

3.2.5. введение ориентированной на результаты деятельности системы оплаты труда врачей – специалистов и специалистов со средним медицинским образованием, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь.

3.3. Направлять средства, полученные на реализацию мероприятий по внедрению стандартов медицинской помощи, повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами – специалистами, в соответствии с установленной Тарифным соглашением структурой тарифа по видам затрат.

3.4. Направлять средства, полученные на реализацию мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами – специалистами, в соответствии с установленной Тарифным соглашением для каждой медицинской организацией структурой по видам затрат:

3.7.1. не менее 70 процентов указанных средств – на оплату труда врачам-специалистам, оказывающим амбулаторную медицинскую помощь, среднему

медицинскому персоналу, работающему с указанными врачами, фельдшерам, работающим на врачебных должностях и ведущим самостоятельный прием, врачам и среднему медицинскому персоналу параклинических подразделений в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, в соответствии с Перечнем должностей специалистов.

3.7.2. не более 30 процентов указанных средств – на обеспечение лекарственными препаратами и расходными материалами, необходимыми для проведения диагностических и лечебных мероприятий при оказании амбулаторной медицинской помощи.

3.5. Отражать обособленно в бухгалтерском учете поступление и расходование средств на внедрение стандартов оказания стационарной медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной помощи, в том числе предоставляемой врачами – специалистами, в рамках Программы:

3.5.1. по направлениям их расходования

- внедрение стандартов стационарной медицинской помощи;
- проведение диспансеризации 14-летних подростков;
- повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами – специалистами.

3.5.2. по источникам их финансирования:

- субсидии бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования;

- средства бюджета ЧОФОМС в рамках реализации Программы.

4.5. Ежемесячно до 5-го числа месяца, следующего за отчетным, предоставлять информацию в Страховую медицинскую организацию об использовании средств, направленных на внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами специалистами, в соответствии с разделом 4 формы отчетности и пунктом 8 «Порядка и формы предоставления отчетности об использовании средств на цели по реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в период 2011-2012 годов», утвержденного приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16.12.2010 №240 (с изменениями и дополнениями).

5. Контроль за использованием Организацией средств на внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами – специалистами, осуществляется ЧОФОМС путем проведения проверок и ревизий в соответствии с требованиями действующего законодательства и нормативных актов Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, ЧОФОМС, Министерства здравоохранения Челябинской области.

6. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в ходе реализации мероприятий Программы проводится Страховой медицинской организацией в порядке, утвержденном приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 №230.

7. Проверки Организации проводятся не реже одного раза в два года. Результаты проверки оформляются актом по установленной форме. Акты ЧОФОМС

и Страховой медицинской организации служат основанием для удержания сумм, не подлежащих оплате, а также к начислению штрафных санкций, установленных действующим законодательством и Договором.

Страховая медицинская организация

Организация
