



ЧЕЛЯБИНСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

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

ПРИКАЗ

29 МАР 2012

№ 332

Об утверждении Порядка рассмотрения претензий медицинских организаций, по результатам проведенного контроля объемов, сроков, качества, и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Челябинской области

В соответствии со статьей 42 Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – ФЗ № 326-ФЗ), в целях реализации приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования 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» (в редакции Приказа ФФОМС от 16.08.2011 г. № 144) (далее - Приказ ФФОМС № 230)

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Порядок рассмотрения претензий медицинских организаций, по результатам проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – ОМС) в Челябинской области (далее именуется Порядок) (Приложение 1).

2. Рекомендовать медицинским организациям при подготовке претензий по результатам проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС в Челябинской области использовать форму Претензии при направлении разногласий в Челябинский областной фонд обязательного медицинского страхования (далее – ЧОФОМС), являющейся Приложением 1 к Порядку рассмотрения претензий медицинских организаций по результатам проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС в Челябинской области.

3. Заместителю директора по вопросам организации ОМС Инсарской Т.И. организовать работу в соответствии с Порядком, утвержденным настоящим приказом.

4. Отделу тарифной политики и медицинской экспертизы (Красовская Е.В.) довести настоящий приказ до сведения директоров межрайонных филиалов ЧОФОМС, Управления ЧОФОМС по городу Челябинску, руководителей страховых медицинских организаций Челябинской области.

5. Начальнику Управления по г. Челябинску Кокшиной Е.Г., директорам межрайонных филиалов ЧОФОМС довести настоящий приказ до сведения руководителей медицинских организаций Челябинской области.

6. Признать утратившим силу приказ ЧОФОМС от 29 марта 2011 г. № 191 «Об утверждении Порядка рассмотрения претензий медицинских организаций, возникающих при проведении контроля объемов, сроков, качества, и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Челябинской области» со дня вступления в силу настоящего приказа.

7. Руководителям структурных подразделений ЧОФОМС, задействованных в работе настоящего приказа, ознакомить подчиненных сотрудников под роспись, в течение 1 рабочего дня.

8. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

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

Директор



М.Г. Вербитский

Порядок

рассмотрения претензий медицинских организаций, по результатам проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Челябинской области.

1. Медицинская организация, при несогласии с заключением страховой медицинской организации по результатам экспертного контроля, в течение 15 рабочих дней со дня получения актов от страховой медицинской организации, направляет в ЧОФОМС пакет документов, в соответствии с Приказом ФФОМС № 230, включающий:

- а) претензию с ее обоснованием;
- б) перечень вопросов по каждому оспариваемому случаю;
- в) материалы внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи в медицинской организации;
- г) акты экспертизы качества медицинской помощи и экспертное заключение (при несогласии с экспертизой качества медицинской помощи), либо сводный акт медико-экономической экспертизы и акт медико-экономической экспертизы (при несогласии с медико – экономической экспертизой) в соответствии с Приказом ФФОМС № 230 (при этом, на акте страховой медицинской организации от медицинской организации пишется – «Ознакомлен, с протоколом разногласий»);
- д) первичную медицинскую документацию (оригинал), либо заверенную копию – для проведения реэкспертизы, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных".

Отсутствие претензии медицинской организации о рассмотрении спорного вопроса в течение 15 дней с момента получения акта от страховой медицинской организации является основанием для применения по данным актам ответственности, предусмотренной Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, Соглашением по установлению тарифов на оплату медицинской помощи в системе ОМС Челябинской области и договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

2. Претензии, поступившие от медицинских организаций, регистрируются в отделе организационной работы и делопроизводства. Срок рассмотрения претензий составляет 30 рабочих дней со дня регистрации.

Если пакет документов представлен не в полном объеме, то сроки рассмотрения претензии начинают исчисляться с даты предоставления недостающей информации в соответствии с п. 1 Порядка рассмотрения претензии.

Акты страховой медицинской организации, представленные медицинской организацией в ЧОФОМС, несоответствующие Приказу ФФОМС № 230, подлежат признанию недействительными по формальным основаниям без

рассмотрения.

3. Претензия, поступившая от медицинской организации, направляется заместителю директора по вопросам организации ОМС для планирования работы и определения даты проведения реэкспертизы.

Реэкспертиза проводится по претензиям медицинских организаций, возникшим по результатам:

- медико-экономического контроля (далее именуется МЭК);
- медико-экономической экспертизы (далее именуется МЭЭ);
- экспертизы качества медицинской помощи (далее именуется ЭКМП).

Заместитель директора по вопросам организации ОМС направляет претензию в следующие структурные подразделения ЧОФОМС, в соответствии с их компетенцией:

- при несогласии медицинской организации с результатами МЭК, МЭЭ и/или ЭКМП рассмотрение претензии осуществляется отделом тарифной политики и медицинской экспертизы (далее - ОТПиМЭ). Обеспечивается проведение реэкспертизы в соответствии с приказом ФФОМС № 230;
- при несогласии медицинской организации с экспертизой качества медицинской помощи, проведенной по обращению (жалобе) застрахованного лица, рассмотрение претензии осуществляется отделом по обеспечению и защите прав застрахованных граждан;
- при несогласии медицинской организации с результатами МЭК, МЭЭ и/или ЭКМП по случаям медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, рассмотрение претензий осуществляется отделом по работе с медицинскими организациями.

4. Организация работы по претензиям в отделах.

4.1. Поступившие претензии регистрируются в журнал (электронная форма) в соответствии с Приложением 2 к настоящему порядку.

4.2. В соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ, приказом ФФОМС № 230 ответственными отделами организуется проведение реэкспертизы (МЭК, МЭЭ). Организация повторной ЭКМП осуществляется с привлечением экспертов качества медицинской помощи, включенных в единый реестр экспертов качества медицинской помощи.

5. Работа со структурными подразделениями ЧОФОМС и с межведомственными организациями.

5.1. При поступлении претензии медицинской организации, затрагивающей юридические вопросы, копии претензии с приложением представляются в юридический отдел для формирования письменного заключения в течение 10 рабочих дней со дня регистрации в ЧОФОМС.

5.2. При поступлении претензии от медицинской организации, требующей экономической оценки, акт реэкспертизы (МЭЭ, ЭКМП) направляются в отдел финансирования ОМС и в отдел ценообразования и экономического анализа для согласования в течение 10 рабочих дней со дня регистрации в ЧОФОМС.

5.3. При поступлении претензии, требующей заключения сторонних организаций (Министерство здравоохранения Челябинской области, Территориальное управление Росздравнадзора), копия претензии направляются

к ним по компетенции для формирования письменного заключения в течение 10 рабочих дней со дня получения.

6. При рассмотрении претензий ЧОФОМС может привлекать для консультации представителей Министерства здравоохранения Челябинской области, Территориального управления Росздравнадзора, медицинских организаций, страховых медицинских организаций, структурных подразделений ЧОФОМС с учетом компетенции рассматриваемой претензии.

7. Решение ЧОФОМС по претензии, поступившей от медицинской организации, оформляется в виде акта реэкспертизы (МЭК, МЭЭ, ЭКМП) и является окончательным.

По претензиям медицинских организаций, затрагивающим иные вопросы, решение ЧОФОМС оформляется в письменном виде, с учетом заключения ответственных отделов за подписью директора ЧОФОМС.

ЧОФОМС направляет решение по результатам рассмотрения претензии в течение 5 рабочих дней со дня его принятия в заинтересованную страховую медицинскую организацию и в медицинскую организацию, с сопроводительным письмом, без проведения комиссионного разбора.

8. Решение ЧОФОМС, признающее правоту медицинской организации, является основанием для отмены (изменения) решения о неоплате, неполной оплате медицинской помощи и/или об уплате медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам первичной медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи.

9. Изменение финансирования медицинской организации по результатам рассмотрения претензий проводится страховой медицинской организацией в срок не позднее 30 рабочих дней (в период окончательного расчета с медицинской организацией за отчетный период) с даты получения Решения ЧОФОМС.

10. При несогласии медицинской организации с Решением ЧОФОМС по результатам рассмотрения претензии, Решение может быть обжаловано в судебном порядке.

Заместитель директора
по вопросам организации
обязательного медицинского
страхования



Т.И.Инсарская

От _____
(наименование медицинской организации)

Претензия

В _____ (название территориального фонда)

Считаю необоснованной сумму взаиморасчета, определенную экспертом качества медицинской помощи страховой медицинской организации

_____ (наименование СМО)

Согласно актам МЭЭ/ЭКМП от _____ 201 __ г. эксперта качества медицинской помощи _____

(Ф.И.О.)

По следующим причинам:

1. Ф.И.О. застрахованного лица,

№ полиса _____

Акт экспертной оценки № _____

Сумма взаиморасчета _____

Обоснование несогласия:

2. Ф.И.О. застрахованного лица,

№ полиса _____

Акт экспертной оценки № _____

Сумма взаиморасчета _____

Обоснование несогласия:

3. И так далее....

Итого считаю необоснованной сумму взаиморасчета по ____ застрахованным (-ому) лицам (-у) на общую сумму _____ рублей.

Руководитель медицинской организации _____

“ __ ” _____ 201 __ г.

М.П.

Приложение № 2
к Порядку приказа ЧОФОМС
29 МАР 2012 № 332

Форма электронного журнала регистрации поступивших претензий.

№	Претензия от МО/СМО	Дата поступления	Соответствие документации приказу №230	Дата извещения СМО	Дата проведения экспертизы	Заключение по реэкспертизе