

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

«1» июня 2021 года № 275
г. Калининград

**О создании Комиссии по рассмотрению результатов контроля за
деятельностью страховых медицинских организаций**

В соответствии с пунктом 58 Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н, в целях осуществления контроля за деятельностью страховых медицинских организаций **приказываю:**

1. Утвердить состав Комиссии по рассмотрению результатов контроля за деятельностью страховых медицинских организаций согласно приложению № 1.

2. Утвердить форму претензии по результатам контроля за деятельностью страховой медицинской организации согласно приложению № 2.

3. Заместителю директора Елуниной О.А. определить регламент работы Комиссии по рассмотрению результатов контроля за деятельностью страховых медицинских организаций.

4. Начальнику административно-хозяйственного отдела Кривошееву В. Н. довести настоящий приказ до сведения страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования Калининградской области.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой

Директор



Т. В. Демина

**Состав Комиссии по рассмотрению результатов контроля за
деятельностью страховых медицинских организаций**

Елунина Оксана Анатольевна	Заместитель директора ТФОМС Калининградской области, Председатель Комиссии
Анохина Ольга Анатольевна	Начальник отдела организации контроля объемов и качества медицинской помощи ТФОМС Калининградской области
Дубровина Оксана Александровна	Консультант отдела организации контроля объемов и качества медицинской помощи ТФОМС Калининградской области
Егорова Виолетта Юрьевна	Заместитель начальника отдела организации контроля объемов и качества медицинской помощи ТФОМС Калининградской области, Секретарь Комиссии
Корсун Владимир Николаевич	Консультант отдела организации контроля объемов и качества медицинской помощи ТФОМС Калининградской области
Смирнова Елена Владимировна	Консультант отдела бухгалтерского учета и отчетности ТФОМС Калининградской области
Тимофеева Елизавета Владимировна	Заместитель начальника отдела планирования и финансовых расчетов ТФОМС Калининградской области
Юшкевич Ирина Владимировна	Начальник отдела правового и кадрового обеспечения ТФОМС Калининградской области
Эксперт качества медицинской помощи	По согласованию

Претензия
по результатам контроля за деятельностью
страховой медицинской организации _____
(наименование СМО)

Комиссией по рассмотрению результатов контроля за деятельностью страховых медицинских организаций, утвержденной приказом ТФОМС Калининградской области от _____ № _____, в составе:

Председатель комиссии: _____

Члены комиссии: _____

рассмотрены результаты повторной _____ (далее реэкспертиза), проведенной в период _____ (заключение от №.....)

Основания для контроля: _____

При проведении реэкспертизы выявлено _____ случаев ненадлежащего исполнения страховой медицинской организацией условий Договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования от _____ № _____ (далее Договор), в части нарушения деятельности по осуществлению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи:

_____ случаев _____ (указать нарушение), что в соответствии с п. _____ Приложения № 3 к Договору предусматривает _____ (указать санкцию)

_____ случаев _____ (указать нарушение), что в соответствии с п. _____ Приложения № 3 к Договору предусматривает _____ (указать санкцию)

По результатам рассмотрения реэкспертизы принято решение (протокол от _____ № _____):

(Описание финансовых санкций, применяемых к СМО в соответствии с Договором)

На основании изложенного, страховой медицинской организации _____ надлежит перечислить в ТФОМС Калининградской области за счет собственных средств финансовые санкции в размере _____ рублей по следующим реквизитам:

Наименование получателя	
Казначейский счет получателя	
Адрес	
Банк	
Расчетный счет	
БИК	
ИНН	
КПП	
Код по ОКТМО	
КБК	

Информацию о результатах рассмотрения претензии предоставить в ТФОМС Калининградской области в течение 30 (тридцати) рабочих дней с даты получения настоящей Претензии.

Приложение: _____ на ___ л., в ___ экз.

Директор
ТФОМС Калининградской области