

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**ПРИКАЗ**  
**от 16 апреля 2012 г. N 73**

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОЛОЖЕНИЙ**  
**О КОНТРОЛЕ ЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ**  
**ОРГАНИЗАЦИЙ И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО**  
**МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫМИ ФОНДАМИ**  
**ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

В соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2011, N 25, ст. 3529; N 49, ст. 7047, ст. 7057) приказываю:

Утвердить:

Положение о контроле за деятельностью страховых медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования территориальными фондами обязательного медицинского страхования (приложение 1);

Положение о контроле за использованием средств обязательного медицинского страхования медицинскими организациями (приложение 2).

Председатель  
А.В.ЮРИН

Приложение 1  
к приказу Федерального фонда  
обязательного медицинского страхования  
от 16.04.2012 N 73

**ПОЛОЖЕНИЕ**  
**О КОНТРОЛЕ ЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ**  
**ОРГАНИЗАЦИЙ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**  
**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫМИ ФОНДАМИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО**  
**МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

I. Общие положения

1. Настоящее Положение разработано в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2011, N 25, ст. 3529; N 49, ст. 7047, ст. 7057) (далее - Федеральный закон N 326-ФЗ) в целях нормативного и методического обеспечения деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования (далее - территориальные фонды) по осуществлению контроля за деятельностью страховых медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе контроля за

использованием средств обязательного медицинского страхования страховыми медицинскими организациями, путем проведения проверок и ревизий (далее - проверки).

## II. Организация проверки

2. Территориальным фондом проводятся проверки страховых медицинских организаций (филиалов страховых медицинских организаций), осуществляющих (осуществлявших) деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на основании договора, заключенного между территориальным фондом и страховой медицинской организацией (филиалом страховой медицинской организации) (далее - страховые медицинские организации).

3. Проверки проводятся работниками контрольно-ревизионных подразделений территориального фонда и (или) иных структурных подразделений территориального фонда с целью предупреждения и выявления нарушений норм, установленных Федеральным законом N 326-ФЗ, другими федеральными законами и принимаемыми в соответствии с ними иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации.

4. Проверки проводятся по месту нахождения страховой медицинской организации (или по месту фактического осуществления ее деятельности), в том числе:

комплексная проверка, при которой рассматривается комплекс вопросов, связанных с соблюдением законодательства об обязательном медицинском страховании и с использованием средств обязательного медицинского страхования за определенный период деятельности страховой медицинской организации;

тематическая проверка, при которой рассматриваются отдельные вопросы, связанные с соблюдением законодательства об обязательном медицинском страховании и (или) с использованием средств обязательного медицинского страхования;

контрольная проверка, при которой рассматриваются результаты работы страховой медицинской организации по устранению нарушений и недостатков, ранее выявленных в ходе комплексной или тематической проверки.

5. Проверки проводятся в соответствии с планом, утверждаемым директором территориального фонда (плановые проверки).

Периодичность проведения плановых проверок устанавливается с учетом возможности полного охвата вопросов и периодов деятельности страховых медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования, но не реже чем 1 (один) раз в год. Периодичность проведения плановых комплексных проверок устанавливается не чаще чем 1 (один) раз в год.

Территориальным фондом могут быть проведены внеплановые проверки. Внеплановые проверки проводятся по решению директора территориального фонда на основании представлений контрольных органов, обращений в адрес территориального фонда органов государственной власти субъекта Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - Федеральный фонд), обращений, жалоб и заявлений граждан, в связи с истечением срока исполнения страховой медицинской организацией требований территориального фонда об устранении нарушений и недостатков, и (или) возврате (возмещении) средств, и (или) уплате штрафов (пеней), проведением Федеральным фондом проверок соблюдения законодательства об обязательном медицинском страховании на территории субъекта Российской Федерации и использования средств обязательного медицинского страхования участниками обязательного медицинского страхования, в случае прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, в том числе в связи с приостановлением или прекращением действия лицензии, ликвидации страховой медицинской

организации, в связи с обращением страховой медицинской организации в территориальный фонд с заявкой на предоставление недостающих средств для оплаты медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и других необходимых случаях.

6. Основанием для проведения проверки является приказ территориального фонда, определяющий тему проверки, проверяемый период, руководителя и состав комиссии (рабочей группы), сроки проведения проверки.

Для плановых проверок тема проверки указывается в соответствии с планом проверок, для внеплановых - тема проверки указывается исходя из конкретных причин ее проведения.

Приказ о проведении плановой проверки доводится до руководителя страховой медицинской организации не позднее чем за 3 (три) рабочих дня до начала проверки. Проведение внеплановой проверки может осуществляться без соблюдения условия обязательного извещения руководителя страховой медицинской организации о предстоящей проверке.

Численный и персональный состав комиссии (рабочей группы) (из числа работников территориального фонда) и срок проведения проверки устанавливаются с учетом темы проверки, особенностей деятельности страховой медицинской организации (в том числе численности застрахованных лиц страховой медицинской организацией, внесенных в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц, количества пунктов выдачи полисов обязательного медицинского страхования, количества медицинских организаций, заключивших со страховой медицинской организацией договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию), продолжительности проверяемого периода и способа проверки.

В зависимости от темы проверки в состав комиссии (рабочей группы) могут быть включены специалисты иных контрольных органов по предложениям контрольных органов.

При проведении проверки деятельности страховой медицинской организации по вопросам, связанным с обработкой персональных данных, в состав комиссии (рабочей группы) должны быть включены работники территориального фонда, имеющие доступ к персональным данным.

Срок проведения проверки не может превышать 30 (тридцать) календарных дней. В необходимых случаях по мотивированному представлению в форме служебной записки руководителя контрольно-ревизионного подразделения территориального фонда (руководителя иного подразделения территориального фонда, ответственного за организацию проведения конкретной проверки) или руководителя комиссии (рабочей группы) срок проведения проверки может быть продлен на основании приказа территориального фонда, но не более чем на 10 (десять) календарных дней. Приказ территориального фонда о продлении сроков проверки доводится до сведения проверяемой страховой медицинской организации.

7. Для проведения проверки составляется программа проверки или используется типовая программа проверки, которые утверждаются директором территориального фонда.

Программа проверки должна содержать следующие сведения:

наименование страховой медицинской организации, деятельность которой подлежит проверке (при утверждении типовой программы проверки наименование страховой медицинской организации не указывается);

цель проверки;

тема проверки (для плановых проверок тема указывается в соответствии с планом проверок; для внеплановых проверок тема указывается исходя из конкретных причин ее проведения);

перечень вопросов деятельности страховой медицинской организации, подлежащих проверке.

При составлении программы проверки может быть использован перечень вопросов, касающихся деятельности страховых медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования, отраженных в пунктах 15 - 20 настоящего Положения.

8. Перед началом проверки руководитель и члены комиссии (рабочей группы) должны ознакомиться с заключенными между территориальным фондом и проверяемой страховой медицинской организацией договорами, отчетными и статистическими данными, имеющимися в территориальном фонде, данными о численности застрахованных лиц страховой медицинской организацией в субъекте Российской Федерации и динамике ее изменения, с информацией территориального фонда, направленной в страховую медицинскую организацию, об исключении застрахованных лиц из регистра этой страховой медицинской организации по обоснованным причинам, с актами предыдущих проверок, проведенных территориальным фондом, актами проверок контрольных органов, информацией об устранении выявленных нарушений и недостатков и другими материалами, касающимися деятельности проверяемой страховой медицинской организации.

При необходимости в программу проверки могут быть включены вопросы с учетом материалов предыдущих проверок, проведенных территориальным фондом и (или) контрольными органами, анализа отчетов страховой медицинской организации, данных о численности застрахованных лиц страховой медицинской организацией в субъекте Российской Федерации и динамике ее изменения, а также иных документов, касающихся деятельности проверяемой страховой медицинской организации в сфере обязательного медицинского страхования.

9. Проверка деятельности страховой медицинской организации может проводиться сплошным или выборочным способом.

Сплошной способ заключается в проведении контрольного действия в отношении всей совокупности финансовых, бухгалтерских, отчетных и иных документов, относящихся к одному вопросу программы проверки.

Выборочный способ заключается в проведении контрольного действия в отношении части финансовых, бухгалтерских, отчетных и иных документов, относящихся к одному вопросу программы проверки. Объем выборки и ее состав определяются руководителем комиссии (рабочей группы) таким образом, чтобы обеспечить возможность оценки изучаемого вопроса программы проверки.

Решение об использовании сплошного или выборочного способа проведения контрольных действий по каждому вопросу программы проверки принимает директор (заместитель директора) территориального фонда или руководитель структурного подразделения территориального фонда, ответственного за организацию проведения проверки, и (или) руководитель комиссии (рабочей группы) исходя из содержания вопроса программы проверки, объема финансовых, бухгалтерских, отчетных и иных документов, относящихся к этому вопросу, состояния бухгалтерского учета, срока проведения проверки.

### III. Полномочия комиссии (рабочей группы) при проведении проверки страховой медицинской организации

10. Руководитель и члены комиссии (рабочей группы) имеют право:

запрашивать и получать от должностных лиц страховой медицинской организации необходимые для проведения проверки документы, объяснения, информацию и их заверенные копии;

проводить проверки филиалов страховой медицинской организации, пунктов выдачи полисов обязательного медицинского страхования и медицинских организаций, получивших средства обязательного медицинского страхования от проверяемой страховой медицинской организации;

получать доступ к информационным системам страховой медицинской организации, предназначенным для выполнения обязательств страховой медицинской организации в сфере обязательного медицинского страхования (в том числе расположенным в пунктах выдачи полисов обязательного медицинского страхования), в режиме просмотра и выборки необходимой информации, а также получать копии документов (в том числе электронные) и копии иных записей (в присутствии сотрудников страховой медицинской организации).

11. Руководитель и члены комиссии (рабочей группы) обязаны:

руководствоваться законодательными, иными нормативными правовыми актами;

объективно отражать в документах выявленные проверкой факты нарушений и недостатков.

12. Руководитель комиссии (рабочей группы) организует работу комиссии (рабочей группы).

При выполнении служебных обязанностей в ходе проверки члены комиссии (рабочей группы) подчиняются руководителю комиссии (рабочей группы).

#### IV. Порядок проведения проверки

13. В день начала проведения проверки руководитель, члены комиссии (рабочей группы) предъявляют руководителю страховой медицинской организации (лицу, его замещающему) (в случае проведения проверки деятельности филиала страховой медицинской организации - руководителю филиала страховой медицинской организации (лицу, его замещающему)) копию приказа территориального фонда о проведении проверки, служебные удостоверения.

14. Руководитель страховой медицинской организации (лицо, его замещающее) (в случае проведения проверки деятельности филиала страховой медицинской организации - руководитель филиала страховой медицинской организации (лицо, его замещающее)) представляет руководителя и членов комиссии (рабочей группы) руководителям структурных подразделений страховой медицинской организации и назначает ответственное лицо, которое координирует работу структурных подразделений страховой медицинской организации при проведении проверки страховой медицинской организации.

Руководитель страховой медицинской организации (лицо, его замещающее) (в случае проведения проверки деятельности филиала страховой медицинской организации - руководитель филиала страховой медицинской организации (лицо, его замещающее)) обязан предоставить руководителю и (или) членам комиссии (рабочей группы) возможность ознакомиться с документами, связанными с вопросами проверки.

15. Проверке подлежат основные вопросы деятельности страховых медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования:

организация и проведение обязательного медицинского страхования (пункт 16 настоящего Положения);

организация и проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (пункт 17 настоящего Положения);

защита прав и законных интересов застрахованных лиц, рассмотрение обращений и жалоб

застрахованных лиц (пункт 18 настоящего Положения);

выполнение требований к размещению страховыми медицинскими организациями информации (пункт 19 настоящего Положения);

соблюдение страховой медицинской организацией порядка реализации мероприятий региональной программы модернизации здравоохранения субъекта Российской Федерации по внедрению стандартов медицинской помощи, повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами (включая мероприятия по проведению углубленной диспансеризации подростков) (пункт 20 настоящего Положения).

16. Проверка организации и проведения обязательного медицинского страхования в страховых медицинских организациях включает проверку:

16.1. Учредительных документов страховой медицинской организации, изменений и дополнений к ним.

16.2. Доверенности, выданной руководителю филиала страховой медицинской организации, срока ее действия (в случае проведения проверки деятельности филиала страховой медицинской организации).

16.3. Лицензии страховой медицинской организации на проведение обязательного медицинского страхования, даты ее выдачи федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности (рассматривается оригинал или надлежаще заверенная копия).

16.4. Соблюдения страховой медицинской организацией норм части 3 статьи 14 Федерального закона N 326-ФЗ (отсутствие иной деятельности страховой медицинской организации, кроме деятельности по обязательному и добровольному медицинскому страхованию).

16.5. Соответствия документов страховой медицинской организации сведениям, содержащимся в реестре страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации.

16.6. Соблюдения порядка выдачи полиса обязательного медицинского страхования застрахованному лицу (в том числе в пунктах выдачи полисов обязательного медицинского страхования), установленного Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 N 158н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 03.03.2011, регистрационный N 19998) (в редакции приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 10.08.2011 N 897н) (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12.08.2011, регистрационный N 21609) (в редакции приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 09.09.2011 N 1036н) (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14.10.2011, регистрационный N 22053) (далее - Правила обязательного медицинского страхования), в том числе проверяются:

заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации;

доверенности от представителя застрахованного лица;

соблюдение страховой медицинской организацией требований, установленных главой II Правил обязательного медицинского страхования, при подаче заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации застрахованным лицом;

соблюдение порядка выдачи полиса обязательного медицинского страхования (далее - полис) либо временного свидетельства застрахованному лицу, установленного главой IV Правил обязательного медицинского страхования;

своевременность выдачи застрахованному лицу или его представителю временного свидетельства, подтверждающего оформление полиса и удостоверяющего право на бесплатное оказание застрахованному лицу медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая;

соблюдение сроков передачи информации о застрахованном лице, подавшем заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации, в территориальный фонд и сроков проверки на наличие у застрахованного лица действующего полиса в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц;

соблюдение требований порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25.01.2011 N 29н "Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 08.02.2011, регистрационный N 19742), в том числе наличие приказа, определяющего работников страховой медицинской организации, допущенных к работе с региональным сегментом единого регистра застрахованных лиц, соблюдение сроков передачи данных о застрахованных лицах и сведений об изменениях в этих данных в территориальный фонд, достоверность сведений, внесенных страховой медицинской организацией в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц;

осуществление информирования застрахованных лиц о сроках оформления и выдачи полисов в целях обеспечения своевременной выдачи полисов;

своевременность выдачи полиса застрахованному лицу (в срок, установленный пунктом 50 Правил обязательного медицинского страхования, не превышающий срока действия временного свидетельства) и причины несоблюдения сроков выдачи;

соблюдение сроков и порядка информирования граждан о факте страхования и необходимости получения полиса - для граждан, сведения о которых получены страховой медицинской организацией от территориального фонда в соответствии с частью 6 статьи 16 Федерального закона N 326-ФЗ;

информация о численности застрахованных лиц страховой медицинской организацией в субъекте Российской Федерации, динамика ее изменения;

наличие актов сверки с территориальным фондом данных о численности застрахованных лиц на первое число каждого месяца, достоверность указанных данных о численности застрахованных лиц;

достоверность данных о численности застрахованных лиц, используемой страховой медицинской организацией при составлении заявок на получение средств от территориального фонда;

осуществление страховой медицинской организацией сбора и обработки данных персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, обеспечение их сохранности и конфиденциальности, осуществление обмена указанными сведениями между участниками обязательного медицинского страхования в соответствии с Федеральным законом N 326-ФЗ.

16.7. Проверку ведения учета бланков временных свидетельств и полисов обязательного медицинского страхования как бланков строгой отчетности, в том числе проверяется:

наличие аналитического учета по каждому виду бланков строгой отчетности и местам их хранения;

выполнение требований к обеспечению сохранности бланков временных свидетельств и полисов обязательного медицинского страхования, как бланков строгой отчетности, в том числе в пунктах выдачи полисов обязательного медицинского страхования;

наличие приказа страховой медицинской организации, согласованного с территориальным фондом, о создании комиссии по списанию и уничтожению полисов и временных свидетельств;

соблюдение сроков проведения инвентаризации, установленных учетной политикой страховой медицинской организации (в ходе проверки может быть проведена инвентаризация или выборочная инвентаризация полисов и бланков временных свидетельств, в том числе в пунктах выдачи полисов обязательного медицинского страхования).

16.8. Проверку осуществления оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в том числе проверяются:

договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

соблюдение страховой медицинской организацией нормы части 1 статьи 39 Федерального закона N 326-ФЗ (заключение договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию с медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации (далее - реестр медицинских организаций));

соответствие заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию форме типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24.12.2010 N 1184н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 04.02.2011, регистрационный N 19714) (далее - Типовой договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию);

наличие отказов в заключении договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию с медицинской организацией, включенной в реестр медицинских организаций;

расчетные счета страховой медицинской организации (в том числе проверяется договор с банком на расчетно-кассовое обслуживание) и учет денежных средств обязательного медицинского страхования на счетах;

соблюдение требования раздельного учета операций по добровольному и обязательному медицинскому страхованию;

наличие остатков средств обязательного медицинского страхования на дату начала и окончания проверяемого периода, а также на дату начала проведения проверки;

наличие остатков средств сформированных резервов, не использованных на конец 2011 года, и осуществление их возврата в территориальный фонд;

своевременность представления страховой медицинской организацией в территориальный фонд заявок на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи и заявок на получение целевых средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь;



правильность составления заявок на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи и на получение целевых средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь (с учетом авансов медицинских организаций, не подтвержденных реестрами счетов за предыдущий месяц) и направление целевых средств в медицинские организации, в том числе с целью исключения фактов завышения сумм средств в заявке на получение средств от территориального фонда и фактов необоснованного получения средств по указанной заявке вследствие недостоверных данных о численности застрахованных лиц данной страховой медицинской организацией;

правильность формирования целевых средств на оплату медицинской помощи за счет средств, поступивших из территориального фонда на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования, средств, поступивших из медицинских организаций в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования, средств, поступивших от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованным лицам (проверка формирования целевых средств осуществляется на основании проверки банковских операций страховой медицинской организации);

правильность формирования собственных средств в сфере обязательного медицинского страхования из источников, предусмотренных Федеральным законом N 326-ФЗ, в соответствии с требованиями, установленными Типовым договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования (далее - Типовой договор о финансовом обеспечении);

наличие отдельного учета собственных средств и целевых средств на оплату медицинской помощи;

использование целевых средств, полученных в проверяемом периоде, и переходящих остатков целевых средств на оплату медицинской помощи (исходя из нормативных положений части 6 статьи 39 Федерального закона N 326-ФЗ и условий Типового договора о финансовом обеспечении и Типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы по тарифам на оплату медицинской помощи с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Проверка использования целевых средств осуществляется путем проверки банковских операций страховой медицинской организации и реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи (с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию);

соответствие произведенной оплаты медицинской помощи страховой медицинской организацией стоимости оказанной медицинской помощи в представленных медицинской организацией реестрах счетов и счетах на оплату медицинской помощи (с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию);

наличие исков по возмещению расходов на оказание медицинской помощи вследствие причинения вреда здоровью застрахованного лица (регрессных исков) (за исключением случаев причинения вреда вследствие тяжелого несчастного случая на производстве) при наличии информации у страховой медицинской организации;

выполнение страховой медицинской организацией условий договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в части соблюдения сроков перечисления средств медицинской организации;

обоснованность обращений страховой медицинской организации в территориальный фонд за предоставлением целевых средств сверх установленного объема средств на оплату медицинской помощи для данной страховой медицинской организации из нормированного страхового запаса территориального фонда;

достоверность отчета страховой медицинской организации об использовании целевых средств, представляемого в территориальный фонд одновременно с обращением за предоставлением целевых средств сверх установленного объема средств на оплату медицинской помощи для данной страховой медицинской организации из нормированного страхового запаса территориального фонда;

своевременность направления страховой медицинской организацией полученных средств нормированного страхового запаса территориального фонда на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

соответствие данных, содержащихся в актах сверки расчетов между территориальным фондом и страховыми медицинскими организациями (сверка расчетов проводится ежемесячно), данным бухгалтерского учета страховой медицинской организации;

своевременность оплаты медицинским организациям медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

наличие задолженности страховой медицинской организации перед медицинскими организациями и выявление ее причин, наличие и обоснованность претензий медицинских организаций к страховой медицинской организации;

наличие актов сверки расчетов между страховой медицинской организацией и медицинскими организациями (согласно Типовому договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию сверка расчетов страховой медицинской организацией и медицинской организацией проводится ежемесячно на 1 число месяца, следующего за отчетным, а также ежегодно по состоянию на конец финансового года, по результатам которой составляется акт о принятии к оплате оказанной медицинской помощи, подтверждающий сумму окончательного расчета между сторонами);

своевременность и полнота возврата остатка целевых средств в территориальный фонд после завершения расчетов с медицинскими организациями за отчетный месяц;

соблюдение сроков возврата (возмещения) страховой медицинской организацией средств обязательного медицинского страхования, использованных не по целевому назначению, в бюджет территориального фонда и уплаты штрафных санкций по результатам проверок, ранее проведенных территориальным фондом (при наличии);

соблюдение сроков уведомления застрахованных лиц, медицинских организаций и территориального фонда о намерении расторгнуть договор по инициативе страховой медицинской организации (в случае досрочного расторжения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования);

соблюдение сроков возврата средств в бюджет территориального фонда при прекращении договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

достоверность и своевременность представления в территориальный фонд отчетов о деятельности страховой медицинской организации в сфере обязательного медицинского страхования и отчетов о поступлении и расходовании средств обязательного медицинского страхования страховыми медицинскими организациями.

16.9. Проверку использования средств резерва финансового обеспечения предупредительных мероприятий страховой медицинской организации, сформированных в соответствии с договором о финансовом обеспечении, в том числе проверяется:

соблюдение условий перечисления средств резерва финансового обеспечения предупредительных мероприятий медицинским организациям;

своевременность и полнота возврата в территориальный фонд остатка средств резерва финансового обеспечения предупредительных мероприятий, не использованных страховой медицинской организацией.

17. Проверка организации и проведения контроля страховой медицинской организацией объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию включает проверку:

17.1. Соблюдения страховой медицинской организацией правил и процедуры организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленных приказом Федерального фонда от 01.12.2010 N 230 "Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28.01.2011, регистрационный N 19614) (в редакции приказа Федерального фонда от 16.08.2011 N 144) (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 09.12.2011, регистрационный N 22523) (далее - приказ Федерального фонда N 230). Проводится медико-экономический контроль, медико-экономическая экспертиза, экспертиза качества медицинской помощи, в том числе повторно. При проверке в том числе отражаются факты оплаты медицинской помощи по счетам и реестрам счетов с нарушениями в их оформлении и предъявлении на оплату медицинскими организациями согласно разделу 5 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющегося приложением 8 к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи), утвержденному приказом Федерального фонда N 230, и на оплату медицинской помощи при взимании платы с застрахованных лиц (в рамках добровольного медицинского страхования или в виде оказания платных услуг) за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования (пункт 1.4 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющегося приложением 8 к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи).

17.2. Соответствия состава экспертов качества медицинской помощи страховой медицинской организации требованиям Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и Порядка ведения территориального реестра экспертов качества медицинской помощи территориальным фондом обязательного медицинского страхования и размещения его на официальном сайте территориального фонда обязательного медицинского страхования в сети "Интернет", утвержденном приказом Федерального фонда от 13.12.2011 N 230 "Об утверждении Порядка ведения территориального реестра экспертов качества медицинской помощи территориальным фондом обязательного медицинского страхования и размещения его на официальном сайте территориального фонда обязательного медицинского страхования в сети "Интернет" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 01.02.2012, регистрационный N 23086) (далее - Порядок ведения реестра экспертов), в том числе проверяется наличие документов, необходимых для включения врачей-специалистов в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи, предусмотренных Порядком ведения реестра экспертов.

### 17.3. Проведения экспертной работы, в том числе проверяется:

соблюдение сроков проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, установленных Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

выполнение объемов медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, установленных Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

достоверность и своевременность представления отчетов о результатах контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

При проверке экспертной работы страховой медицинской организации в том числе отражается:

наличие необоснованного снятия с медицинских организаций денежных средств по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования;

наличие невыявленных дефектов оказания медицинской помощи;

неприменение к медицинским организациям штрафных санкций по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи при наличии оснований для их применения;

наличие претензий от медицинских организаций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, проводимого страховой медицинской организацией.

18. Проверка деятельности страховой медицинской организации по защите прав и законных интересов застрахованных лиц, по рассмотрению обращений и жалоб граждан (застрахованных лиц) включает проверку:

порядка обслуживания лиц с ограниченными возможностями, в том числе инвалидов;

работы с обращениями граждан на соответствие Федеральному закону от 02.05.2006 N 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, N 19, ст. 2060; 2010, N 27, ст. 3410; N 31, ст. 4196) и иным нормативным правовым актам, регламентирующим работу с обращениями граждан;

приема, учета (регистрации) поступающих обращений (жалоб, заявлений) застрахованных лиц, в том числе о выборе врача и медицинской организации, об объеме и качестве медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, и др.;

своевременности рассмотрения и обоснованности принимаемых по обращениям решений. При проверке отражаются факты нарушения сроков рассмотрения обращений застрахованных лиц, неведения до заявителя результатов рассмотрения обращений (жалоб, заявлений) или экспертизы качества медицинской помощи;

завершенности рассмотрения обращения (заявления, жалобы);

учета проведенных плановых и внеплановых экспертиз качества медицинской помощи, в т.ч. повторных при несогласии медицинских организаций;

наличия отказов в проведении экспертизы качества медицинской помощи по жалобе застрахованного лица и их причин;

учета случаев досудебного и судебного разрешения спорных вопросов и конфликтных ситуаций при участии страховой медицинской организации, возникающих между медицинскими организациями и пациентами;

наличия информации о согласии гражданина или его законного представителя на урегулирование конфликтной ситуации в досудебном порядке, предлагаемое медицинской организацией или страховой медицинской организацией;

организации и проведения страховой медицинской организацией мероприятий, направленных на изучение удовлетворенности граждан качеством оказанной медицинской помощи;

наличия в страховой медицинской организации анализа результатов социологических опросов (анкетирования) об удовлетворенности застрахованных лиц доступностью и качеством медицинской помощи;

наличия анализа проведенной работы страховой медицинской организацией с обращениями граждан и принятых мер, направленных на предупреждение возникновения жалоб;

достоверности и своевременности представления отчетов об организации защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования.

19. Проверка выполнения требований к размещению страховыми медицинскими организациями информации включает проверку:

наличия собственного официального сайта страховой медицинской организации в сети "Интернет". Соблюдение требований к размещению страховыми медицинскими организациями информации, установленных главой XIII Правил обязательного медицинского страхования. Соответствие информации, размещенной на официальном сайте страховой медицинской организации в сети "Интернет", законодательным и иным нормативным правовым актам;

обеспечения информирования застрахованных лиц о видах, качестве и условиях предоставления им медицинской помощи медицинскими организациями, выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи, праве на выбор медицинской организации, необходимости обращения за получением полиса обязательного медицинского страхования, а также об обязанностях застрахованных лиц в соответствии с Федеральным законом N 326-ФЗ; наличие информационных стендов (плакатов) в пунктах выдачи полисов обязательного медицинского страхования;

обеспечения предоставления информации застрахованным лицам, задавшим вопрос, в том числе по электронной почте или на официальном сайте в информационно-коммуникационной сети "Интернет" в режиме "вопрос-ответ".

20. Проверка вопроса соблюдения страховой медицинской организацией порядка реализации мероприятий региональной программы модернизации здравоохранения субъекта Российской Федерации (далее - Программа модернизации) по внедрению стандартов медицинской помощи, повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами (включая мероприятия по проведению углубленной диспансеризации подростков), включает проверку:

дополнительных соглашений к договорам на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (указанные дополнительные соглашения должны быть заключены с медицинскими организациями, включенными в перечень медицинских организаций, которым осуществляется оплата медицинской помощи в рамках Программы модернизации);

соблюдения порядка формирования и предоставления в территориальный фонд заявок на

получение средств на внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами, установленного приказом Федерального фонда от 22.02.2011 N 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" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 01.04.2011, регистрационный N 20370);

осуществления оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках Программы модернизации, за счет средств бюджета Федерального фонда (соблюдение при оплате медицинской помощи в рамках Программы модернизации установленных дополнительных тарифов и сроков оплаты). Проверка использования средств на указанные цели осуществляется на основании банковских документов страховой медицинской организации и реестров счетов и счета на оплату медицинской помощи в рамках Программы модернизации за счет средств бюджета Федерального фонда;

соответствия произведенной страховой медицинской организацией оплаты медицинской помощи в рамках Программы модернизации за счет средств бюджета Федерального фонда стоимости оказанной медицинской помощи в представленных медицинской организацией реестрах счетов и счете на оплату медицинской помощи в рамках Программы модернизации за счет средств бюджета Федерального фонда;

соблюдения страховой медицинской организацией порядка определения из общего объема средств, полученных из территориального фонда по дифференцированным подушевым нормативам, объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи в рамках Программы модернизации за счет средств бюджета территориального фонда, а также средств бюджета субъекта Российской Федерации (если указанные средства предусмотрены в качестве финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования и передаются в бюджет территориального фонда в виде межбюджетных трансфертов);

осуществления оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках Программы модернизации, за счет средств бюджета территориального фонда и бюджета субъекта Российской Федерации (если указанные средства предусмотрены), соблюдение страховой медицинской организацией при оплате медицинской помощи, оказанной в рамках Программы модернизации, за счет средств бюджета территориального фонда и бюджета субъекта Российской Федерации порядка реализации Программы модернизации и расходования средств на Программу модернизации, утвержденного на территории субъекта Российской Федерации;

исполнения страховой медицинской организацией обязательства по выделению в общем объеме средств, направляемых медицинским организациям на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, в том числе объема средств, направляемых в рамках Программы модернизации за счет средств бюджета территориального фонда, а также средств бюджета субъекта Российской Федерации (если указанные средства предусмотрены);

проведения страховой медицинской организацией контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в рамках Программы модернизации; исполнения страховой медицинской организацией обязательства по отражению в актах контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в рамках Программы модернизации, средств, не подлежащих оплате по Программе модернизации;

исполнения страховой медицинской организацией обязательства по обособленному отражению в бухгалтерском учете поступления и расходования средств в рамках Программы модернизации по источникам с ведением аналитического учета на субсчетах;

исполнения страховой медицинской организацией обязательства по возврату в территориальный фонд средств бюджета Федерального фонда, не израсходованных на цели, указанные в заявке на их получение (в случае образования остатка указанных средств в результате прекращения или приостановления деятельности страховой медицинской организации);

наличия в страховой медицинской организации отчетов медицинских организаций об использовании средств на цели по реализации региональной программы модернизации здравоохранения;

формирования и достоверности отчетов страховой медицинской организации об использовании средств на цели по реализации Программы модернизации;

исполнения страховой медицинской организацией решений, принятых рабочей группой по анализу хода реализации Программы модернизации, созданной в субъекте Российской Федерации.

## V. Оформление акта проверки

21. По результатам проверки составляется акт проверки, включающий:

21.1. Заголовочную часть, в которой указывается наименование темы проверки, полное наименование страховой медицинской организации (филиала страховой медицинской организации) и дата составления акта.

21.2. Содержательную часть, в которой отражается следующая информация:

номер и дата приказа территориального фонда о проведении проверки;

фамилии, инициалы и должности руководителя и членов комиссии (рабочей группы), проводивших проверку;

даты начала и окончания проведения проверки (датой начала проведения проверки, которая отражается в содержательной части акта проверки, является дата начала работы комиссии (рабочей группы), а датой окончания - дата подписания акта проверки руководителем и членами комиссии (рабочей группы), проводившими проверку, согласно приказу о проведении проверки);

наименование темы проверки с указанием на характер проверки (плановая/внеплановая, комплексная);

проверяемый период;

фамилии, инициалы руководителя страховой медицинской организации (филиала страховой медицинской организации), заместителя руководителя страховой медицинской организации (филиала страховой медицинской организации), главного бухгалтера и других должностных лиц страховой медицинской организации (филиала страховой медицинской организации), которые в проверяемый период имели право первой (второй) подписи. При наличии изменений в проверяемом периоде в составе вышеназванных лиц их перечень приводится с одновременным указанием периода, в течение которого эти лица занимали соответствующие должности согласно приказам, распоряжениям о назначении их на должность и увольнении с занимаемой должности;

перечень и реквизиты всех счетов страховой медицинской организации (филиала страховой медицинской организации) (включая счета, закрытые на дату проведения проверки, но действовавшие в проверяемом периоде), используемых проверяемой страховой медицинской организацией при осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования, открытых в кредитных организациях, с указанием остатков денежных средств на дату начала и окончания проверяемого периода, а также на дату начала проведения проверки;

сведения о лицензии (номер, дата выдачи и окончания срока действия);

иные данные, необходимые для полной характеристики страховой медицинской организации, в том числе в акте проверки кратко отражаются сведения о предыдущих проверках деятельности страховой медицинской организации контрольными органами, о дате и проверяемом периоде предыдущей проверкой, проведенной территориальным фондом, об устранении (неустранении) недостатков и нарушений, выявленных предыдущей проверкой, в случае их неустранения - указываются причины;

сведения о способе проведения проверки по степени охвата ею первичных документов (сплошной, выборочный) с указанием на то, какая документация была проверена сплошным, а какая выборочным способом;

сведения о проведенных проверках филиалов страховой медицинской организации, пунктов выдачи полисов обязательного медицинского страхования, медицинских организаций, получивших средства обязательного медицинского страхования от проверяемой страховой медицинской организации;

описание проверенных вопросов деятельности страховой медицинской организации в соответствии с программой проверки (при необходимости, исходя из конкретных обстоятельств проведения проверки, в акте проверки может быть отражена информация по вопросам и периодам деятельности страховой медицинской организации, не включенным в проверяемый период и программу проверки).

Содержательная часть акта проверки должна быть объективной и обоснованной, четкой, лаконичной, доступно и системно изложенной.

Результаты проверки излагаются в акте проверки на основании проверенных данных и фактов, подтвержденных документами, результатами проведенных проверок и процедур фактического контроля, других действий, связанных с проведением проверки.

Описание фактов нарушений и недостатков, выявленных в ходе проверки (в том числе фактов нецелевого использования средств обязательного медицинского страхования и фактов нарушения договорных обязательств, по которым предусмотрено применение штрафных санкций), должно содержать обязательную информацию о конкретно нарушенных нормах законодательных, иных нормативных правовых актов или их отдельных положений с указанием, за какой период допущены нарушения, когда и в чем они выразились, сумм документально подтвержденных нецелевых расходов и расходов, произведенных с нарушением законодательных, иных нормативных правовых актов.

В акте проверки не допускается включение различного рода выводов, предположений и фактов, не подтвержденных первичными и отчетными документами.

В случае непредставления или неполного представления страховой медицинской организацией документов для проведения проверки в акте проверки приводится их перечень.

Объем акта проверки количеством страниц не ограничивается.

21.3. Заключительную часть, включающую обобщенную информацию о результатах проверки, с указанием выявленных нарушений и недостатков и сроков их устранения или сроков представления плана мероприятий по устранению выявленных нарушений и недостатков.

При выявлении фактов нарушения договорных обязательств, установленных договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, в том числе фактов нецелевого использования средств обязательного медицинского страхования страховой медицинской организацией, а также фактов невозврата (невозмещения) и (или) несвоевременного



возврата (несвоевременного возмещения) страховой медицинской организацией средств обязательного медицинского страхования, использованных не по целевому назначению, в бюджет территориального фонда, в заключительную часть акта проверки включается обобщенная информация о направлениях нарушений договорных обязательств и суммах нецелевого использования средств обязательного медицинского страхования с требованием о возврате (возмещении) страховой медицинской организацией (филиалом страховой медицинской организации) средств, использованных не по целевому назначению, и уплате штрафа за использование не по целевому назначению страховой медицинской организацией целевых средств в соответствии с частями 11, 12 статьи 38 Федерального закона N 326-ФЗ и (или) уплате штрафов, пеней за нарушение договорных обязательств.

В случае установления фактов невозврата в бюджет территориального фонда целевых средств, не использованных страховой медицинской организацией (филиалом страховой медицинской организации) по целевому назначению, оставшихся после выполнения в полном объеме своих обязательств по договорам на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, и (или) в случае прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, в том числе в связи с приостановлением или прекращением действия лицензии, ликвидации страховой медицинской организации, в заключительную часть акта проверки включается требование о возврате указанных средств в бюджет территориального фонда, а также об уплате пеней за несвоевременный возврат в бюджет территориального фонда средств при прекращении договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в течение десяти рабочих дней с даты прекращения договора.

21.4. Заверительную часть, включающую фамилии, инициалы, должности и подписи руководителя и членов комиссии (рабочей группы), проводивших проверку деятельности страховой медицинской организации, фамилии, инициалы, должности и подписи должностных лиц проверенной страховой медицинской организации:

при проверке деятельности страховых медицинских организаций (юридических лиц) - акт проверки подписывается руководителем и членами комиссии (рабочей группы), руководителем страховой медицинской организации (лицом, его замещающим) и главным бухгалтером страховой медицинской организации;

при проверке деятельности филиалов страховых медицинских организаций - акт проверки подписывается руководителем и членами комиссии (рабочей группы); руководителем филиала страховой медицинской организации (лицом, его замещающим) и главным бухгалтером филиала страховой медицинской организации.

22. Акт проверки составляется в двух экземплярах, имеющих одинаковую силу. Руководителю страховой медицинской организации (лицу, его замещающему) (в случае проведения проверки деятельности филиала страховой медицинской организации - руководителю филиала страховой медицинской организации (лицу, его замещающему)) акт проверки в двух экземплярах для ознакомления и подписания представляется не позднее чем за 1 (один) день до окончания срока проверки, определенного приказом территориального фонда о проведении проверки.

Один экземпляр подписанного акта проверки вручается руководителю страховой медицинской организации (лицу, его замещающему)(в случае проведения проверки деятельности филиала страховой медицинской организации - руководителю филиала страховой медицинской организации (лицу, его замещающему)), второй экземпляр представляется в территориальный фонд.

В экземпляре акта проверки, который представляется в территориальный фонд, производится запись о получении одного экземпляра акта проверки руководителем страховой медицинской организации (лицом, его замещающим). Такая запись должна содержать, в том числе, дату

получения акта проверки, подпись лица, которое получило акт проверки, и расшифровку этой подписи.

Дата получения акта руководителем страховой медицинской организации (лицом, его замещающим) считается датой окончания проверки.

В случае отказа руководителя страховой медицинской организации (лица, его замещающего) подписать и (или) получить акт проверки руководителем комиссии (рабочей группы) в конце акта проверки производится запись об отказе от подписания акта проверки или об отказе от подписи в получении акта проверки.

В случае отказа руководителя страховой медицинской организации (лица, его замещающего) (руководителя филиала страховой медицинской организации (лица, его замещающего)) подписать и получить акт проверки датой окончания проверки и датой получения акта проверки считается шестой рабочий день с даты отправления акта проверки в адрес страховой медицинской организации (филиала страховой медицинской организации) заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

Документ, подтверждающий факт направления страховой медицинской организации акта проверки, приобщается к материалам проверки.

При несогласии с актом проверки (или отдельными его положениями) подписывающий его руководитель страховой медицинской организации (лицо, его замещающее) (руководитель филиала страховой медицинской организации (лицо, его замещающее)) вносит запись, что акт подписывается с возражениями, которые прикладываются к акту проверки или направляются в территориальный фонд не позднее 5 (пяти) рабочих дней со дня получения акта проверки. Письменные возражения страховой медицинской организации на акт проверки приобщаются к материалам проверки.

В случае отказа должностных лиц страховой медицинской организации (филиала страховой медицинской организации) от подписания акта проверки или от получения акта проверки и (или) непредставления письменных возражений по акту проверки датой окончания проверки считается шестой рабочий день с даты отправления страховой медицинской организации (филиалу страховой медицинской организации) акта проверки заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

23. К акту проверки при выявлении нарушений и недостатков прилагаются:

таблицы необходимых расчетов;

копии документов, подтверждающих факты нарушений и недостатков;

материалы, имеющие значение для подтверждения отраженных в акте фактов нарушений и недостатков;

акты проверок филиалов страховой медицинской организации, пунктов выдачи полисов обязательного медицинского страхования, медицинских организаций, получивших средства обязательного медицинского страхования от проверяемой страховой медицинской организации;

другие необходимые материалы.

Все приложения, составленные в ходе проверки, должны быть подписаны руководителем или членом комиссии (рабочей группы) и руководителем (лицом, его замещающим) проверяемой страховой медицинской организации (в случае проведения проверки деятельности филиала страховой медицинской организации - руководителем филиала страховой медицинской организации (лицом, его замещающим)) (с визами постранично).

Копии документов, подтверждающих выявленные в ходе проверки нарушения, в том числе нарушения в использовании средств обязательного медицинского страхования, заверяются подписью руководителя страховой медицинской организации или главного бухгалтера страховой медицинской организации и печатью страховой медицинской организации. При необходимости допускается составление реестра первичных документов, подтверждающих нарушения, в том числе нарушения в использовании средств обязательного медицинского страхования, который подписывается руководителем или членом комиссии (рабочей группы) и руководителем страховой медицинской организации (лицом, его замещающим) (в случае проведения проверки деятельности филиала страховой медицинской организации - руководителем филиала страховой медицинской организации (лицом, его замещающим)) или главным бухгалтером страховой медицинской организации (филиала страховой медицинской организации) (с визами постранично) и заверяется печатью страховой медицинской организации (филиала страховой медицинской организации).

При наличии приложений в тексте акта проверки должны содержаться обязательные ссылки на них, и перед заверительной частью акта проверки приводится перечень приложений с указанием количества листов, экземпляров, а также производится запись о том, что приложения являются неотъемлемой частью акта проверки.

#### VI. Реализация результатов проверки

24. Не позднее 10 (десяти) рабочих дней после окончания проведения проверки руководитель комиссии (рабочей группы) представляет директору (заместителю директора) территориального фонда служебную записку о результатах проверки деятельности страховой медицинской организации в сфере обязательного медицинского страхования.

25. При наличии письменных возражений на акт проверки в срок не позднее 5 (пяти) рабочих дней со дня их получения территориальный фонд направляет руководителю страховой медицинской организации (руководителю филиала страховой медицинской организации) письменное сообщение о результатах рассмотрения возражений на акт проверки, подготовленное структурным подразделением территориального фонда, ответственным за организацию проведения конкретной проверки, подписанное директором (заместителем директора) территориального фонда, с указанием оснований, по которым возражения признаются необоснованными, или о признании обоснованными возражений (обоснованными частично возражений) страховой медицинской организации.

В случае непризнания обоснованными возражений или признания обоснованными частично возражений страховой медицинской организации в письменное сообщение включается информация о том, что сроки устранения нарушения и (или) сроки возврата (возмещения) средств, в том числе использованных не по целевому назначению, и (или) уплаты штрафов, пеней исчисляются с даты предъявления соответствующего требования территориальным фондом.

Письменное сообщение о результатах рассмотрения возражений на акт проверки вручается руководителю страховой медицинской организации (филиалу страховой медицинской организации) или лицу, им уполномоченному, под расписку либо направляется страховой медицинской организации (филиалу страховой медицинской организации) заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

Копия письменного сообщения территориального фонда о результатах рассмотрения возражений страховой медицинской организации (филиала страховой медицинской организации) на акт проверки и документ, подтверждающий факт направления страховой медицинской организации (филиалу страховой медицинской организации) указанного письменного сообщения, приобщаются к материалам проверки.

В случае несогласия с результатом рассмотрения территориальным фондом письменных возражений на акт проверки страховая медицинская организация (филиал страховой медицинской

организации) вправе обжаловать данное решение в досудебном и (или) судебном порядке.

26. Возврат (возмещение) средств, в том числе использованных не по целевому назначению, и (или) уплата штрафов, пеней осуществляется страховой медицинской организацией (филиалом страховой медицинской организации) на основании акта проверки в порядке, определенном Федеральным законом N 326-ФЗ.

27. Территориальный фонд обеспечивает контроль за ходом реализации результатов проверки, в том числе осуществляет:

контроль за представлением и исполнением плана мероприятий по устранению выявленных нарушений и недостатков (в случае установления территориальным фондом срока устранения нарушений и недостатков - контроль за устранением выявленных нарушений и недостатков в установленный срок);

контроль за возвратом (возмещением) средств, в том числе использованных не по целевому назначению;

контроль за уплатой штрафов, пеней;

начисление пеней и направление страховой медицинской организации письменного сообщения о необходимости уплаты пеней (с приложением расчета размера пеней).

28. В соответствии частью 14 статьи 38 Федерального закона N 326-ФЗ в случае выявления нарушения договорных обязательств территориальный фонд при возмещении страховой медицинской организации затрат на оплату медицинской помощи вправе уменьшить платежи на сумму выявленных нарушений.

29. В случае выявления в деятельности страховой медицинской организации (филиала страховой медицинской организации) фактов нарушения законодательства об обязательном медицинском страховании, требующих незамедлительных мер по их устранению, в случае неисполнения страховой медицинской организацией (филиалом страховой медицинской организации) требований территориального фонда о возврате (возмещении) средств, в том числе использованных не по целевому назначению, и (или) об уплате штрафов, пеней, а также в случае неустранения выявленных нарушений в установленные сроки территориальный фонд вправе направить соответствующую информацию и материалы проверки в правоохранительные и судебные органы для привлечения виновных лиц к ответственности.

## VII. Заключительные положения

30. Планы проверок, программы плановых и внеплановых проверок (типовые программы проверок), материалы проверок, состоящие из подлинных экземпляров актов проверок и надлежаще оформленных приложений к ним, на которые даны ссылки в актах проверок, а также документы, предусмотренные главой VI настоящего Положения, комплектуются, учитываются и хранятся в порядке, установленном законодательством об архивном деле в Российской Федерации и правилами делопроизводства в территориальном фонде.

**ПОЛОЖЕНИЕ  
О КОНТРОЛЕ ЗА ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СРЕДСТВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО  
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ**

I. Общие положения

1. Настоящее Положение разработано в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2011, N 25, ст. 3529; N 49, ст. 7047, ст. 7057) (далее - Федеральный закон N 326-ФЗ) в целях нормативного и методического обеспечения деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования (далее - территориальные фонды) по осуществлению контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования медицинскими организациями путем проведения проверок и ревизий (далее - проверки).

II. Организация проверки

2. Территориальным фондом проводятся проверки медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования (далее - медицинские организации), имеющих право на осуществление медицинской деятельности и включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования:

организаций любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы;

индивидуальных предпринимателей, занимающихся частной медицинской практикой.

3. Проверки проводятся работниками контрольно-ревизионных подразделений территориального фонда и (или) иных структурных подразделений территориального фонда с целью предупреждения и выявления нарушений норм, установленных Федеральным законом N 326-ФЗ, другими федеральными законами и принимаемыми в соответствии с ними иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации.

4. Проверки проводятся по месту нахождения медицинской организации (или по месту фактического осуществления ее деятельности), в том числе:

комплексная проверка, при которой рассматривается совокупность вопросов, связанных с использованием средств обязательного медицинского страхования за определенный период деятельности медицинской организации;

тематическая проверка, при которой рассматриваются отдельные вопросы, связанные с использованием средств обязательного медицинского страхования;

контрольная проверка, при которой рассматривается устранение нарушений и недостатков медицинской организацией в использовании средств обязательного медицинского страхования, ранее выявленных в ходе комплексной или тематической проверки.

5. Проверки проводятся в соответствии с планом, утверждаемым директором территориального фонда (плановые проверки).

Периодичность проведения плановых проверок устанавливается с учетом возможности полного охвата вопросов и периодов деятельности медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования, но не реже чем 1 (один) раз в два года. Периодичность проведения плановых комплексных проверок устанавливается не чаще чем 1 (один) раз в год.

Территориальным фондом могут быть проведены внеплановые проверки. Внеплановые проверки использования средств обязательного медицинского страхования проводятся по решению директора территориального фонда на основании представлений контрольных органов, обращений в адрес территориального фонда органов государственной власти субъекта Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - Федеральный фонд), обращений, жалоб и заявлений граждан, в связи с истечением срока исполнения медицинской организацией требований территориального фонда об устранении нарушений и недостатков, и (или) возврате (возмещении) средств, и (или) уплате штрафов (пеней), проведением Федеральным фондом проверок соблюдения законодательства об обязательном медицинском страховании на территории субъекта Российской Федерации и использования средств обязательного медицинского страхования участниками обязательного медицинского страхования, в случае прекращения действия договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в том числе в связи с приостановлением или прекращением действия лицензии, ликвидации медицинской организации и других необходимых случаях.

6. Основанием для проведения проверки является приказ территориального фонда, определяющий тему проверки, проверяемый период, руководителя и состав комиссии (рабочей группы), сроки проведения проверки.

Для плановых проверок тема проверки указывается в соответствии с планом проверок, для внеплановых - тема проверки указывается исходя из конкретных причин ее проведения.

Приказ о проведении плановой проверки доводится до руководителя медицинской организации не позднее чем за 3 (три) рабочих дня до начала проверки. Проведение внеплановой проверки может осуществляться без соблюдения условия обязательного извещения руководителя медицинской организации о предстоящей проверке.

Численный и персональный состав комиссии (рабочей группы) (из числа работников территориального фонда) и срок проведения проверки устанавливаются с учетом темы проверки, особенностей деятельности медицинской организации, продолжительности проверяемого периода и способа проверки.

В зависимости от темы проверки в состав комиссии (рабочей группы) могут быть включены специалисты иных контрольных органов по предложениям контрольных органов.

При проведении проверки использования средств обязательного медицинского страхования медицинской организацией, связанной с вопросами обработки персональных данных, в состав комиссии (рабочей группы) должны быть включены работники территориального фонда, имеющие доступ к персональным данным.

Срок проведения проверки не может превышать 30 (тридцать) календарных дней. В необходимых случаях по мотивированному представлению в форме служебной записки руководителя контрольно-ревизионного подразделения территориального фонда (руководителя иного подразделения территориального фонда, ответственного за организацию проведения конкретной проверки) или руководителя комиссии (рабочей группы) срок проведения проверки может быть продлен на основании приказа территориального фонда, но не более чем на 10 (десять) календарных дней. Приказ территориального фонда о продлении сроков проверки доводится до сведения проверяемой медицинской организации.

7. Для проведения проверки составляется программа проверки или используется типовая программа проверки (далее - программа проверки), которые утверждаются директором территориального фонда.

Программа проверки должна содержать следующие сведения:

наименование медицинской организации, которая подлежит проверке в части использования средств обязательного медицинского страхования (при утверждении типовой программы проверки наименование медицинской организации не указывается);

цель проверки;

тема проверки (для плановых проверок - тема указывается в соответствии с планом проверок; для внеплановых - тема указывается исходя из конкретных причин ее проведения);

перечень вопросов, подлежащих проверке.

При составлении программы проверки может быть использован перечень вопросов, отраженных в пунктах 15 - 22 настоящего Положения.

8. Перед началом проверки руководитель и члены комиссии (рабочей группы) должны ознакомиться с договорами, заключенными проверяемой медицинской организацией с территориальным фондом и (или) со страховыми медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, отчетными и статистическими данными, имеющимися в территориальном фонде, с актами предыдущих проверок, проведенных территориальным фондом, актами проверок контрольных органов, информацией об устранении выявленных нарушений и недостатков и другими материалами, касающимися использования средств обязательного медицинского страхования проверяемой медицинской организацией.

При необходимости в программу проверки могут быть включены вопросы с учетом материалов предыдущих проверок, проведенных территориальным фондом и (или) контрольными органами, анализа отчетов медицинской организации, а также иных документов, касающихся вопросов использования средств обязательного медицинского страхования проверяемой медицинской организацией.

9. Проверка использования средств обязательного медицинского страхования может проводиться сплошным или выборочным способом.

Сплошной способ заключается в проведении контрольного действия в отношении всей совокупности финансовых, бухгалтерских, отчетных и иных документов, относящихся к одному вопросу программы проверки.

Выборочный способ заключается в проведении контрольного действия в отношении части финансовых, бухгалтерских, отчетных и иных документов, относящихся к одному вопросу программы проверки. Объем выборки и ее состав определяются руководителем комиссии (рабочей группы) таким образом, чтобы обеспечить возможность оценки изучаемого вопроса программы проверки.

Решение об использовании сплошного или выборочного способа проведения контрольных действий по каждому вопросу программы проверки принимает директор (заместитель директора) территориального фонда или руководитель структурного подразделения территориального фонда, ответственного за организацию проведения проверки, и (или) руководитель комиссии (рабочей группы) исходя из содержания вопроса программы проверки, объема финансовых, бухгалтерских, отчетных и иных документов, относящихся к этому вопросу, состояния бухгалтерского учета, срока проведения проверки.

### III. Полномочия комиссии (рабочей группы) при проведении проверки медицинской организации

10. Руководитель и члены комиссии (рабочей группы) имеют право:

запрашивать и получать от должностных лиц медицинской организации необходимые для проведения проверки документы, объяснения, информацию и их заверенные копии;

получать доступ к информационным системам медицинской организации, предназначенным для выполнения обязательств медицинской организации в сфере обязательного медицинского страхования, в режиме просмотра и выборки необходимой информации, а также получать копии документов (в том числе электронные) и копии иных записей (в присутствии сотрудников медицинской организации).

11. Руководитель и члены комиссии (рабочей группы) обязаны:

руководствоваться законодательными, иными нормативными правовыми актами;

объективно отражать в документах выявленные проверкой факты нарушений и недостатков.

12. Руководитель комиссии (рабочей группы) организует работу комиссии (рабочей группы).

При выполнении служебных обязанностей в ходе проверки члены комиссии (рабочей группы) подчиняются руководителю комиссии (рабочей группы).

### IV. Порядок проведения проверки

13. В день начала проведения проверки руководитель, члены комиссии (рабочей группы) предъявляют руководителю медицинской организации (лицу, его замещающему) копию приказа территориального фонда о проведении проверки, служебные удостоверения.

14. Руководитель медицинской организации (лицо, его замещающее) представляет руководителя и членов комиссии (рабочей группы) руководителям структурных подразделений медицинской организации и назначает ответственное лицо, которое координирует работу структурных подразделений медицинской организации при проведении проверки медицинской организации.

Руководитель медицинской организации (лицо, его замещающее) обязан предоставить руководителю и (или) членам комиссии (рабочей группы) возможность ознакомиться с документами, связанными с вопросами проверки.

15. Проверке подлежат направления использования средств, полученных медицинскими организациями на финансовое обеспечение:

территориальной программы обязательного медицинского страхования (пункт 17 настоящего Положения);

мероприятий региональной программы модернизации здравоохранения субъекта Российской Федерации по внедрению стандартов оказания медицинской помощи, повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами (включая мероприятия по проведению углубленной диспансеризации подростков) (пункт 18 настоящего Положения);

приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, в том числе проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан, диспансеризации пребывающих в



стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, оказания дополнительной медицинской помощи врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей) (пункты 19 - 21 настоящего Положения);

исполнения расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий Российской Федерации в результате принятия федеральных законов и (или) нормативных правовых актов Президента Российской Федерации, и (или) нормативных правовых актов Правительства Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, и (или) возникающих в результате принятия законов и (или) нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации.

16. Проверка использования средств обязательного медицинского страхования медицинской организацией включает проверку соблюдения требования ведения отдельного учета по операциям со средствами обязательного медицинского страхования.

17. Проверка использования средств, полученных медицинскими организациями на финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования, включает проверку:

17.1. Обоснованности получения средств медицинской организацией на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в том числе проверяется:

наличие лицензии медицинской организации на право осуществления ею определенных видов медицинской деятельности, сроки ее действия и виды медицинской помощи и услуг, указанные в лицензии и сертификатах аккредитации, и фактически оказываемые виды медицинской помощи по данным статистической документации и сводных учетных документов, составленных на основании счетов, предъявляемых медицинской организацией на оплату за оказанную медицинскую помощь;

правильность составления заявок на авансирование медицинской помощи (в размере до семидесяти процентов от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию) и своевременность направления указанных заявок (в срок до 10 числа текущего месяца);

правильность и своевременность представления медицинской организацией в страховые медицинские организации реестра счетов и счета на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам (в течение пяти рабочих дней месяца, следующего за отчетным);

соответствие размера полученных средств на оплату медицинской помощи стоимости оказанной медицинской помощи в представленных медицинской организацией реестрах счетов и счетах на оплату медицинской помощи (с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию). При проверке в том числе отражаются факты полученных средств на оплату медицинской помощи по счетам и реестрам счетов с нарушениями в их оформлении и предъявлении на оплату медицинской помощи организацией согласно разделу 5 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющегося приложением 8 к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи), утвержденному приказом Федерального фонда от 01.12.2010 N 230 "Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий

предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28.01.2011, регистрационный N 19614) (в редакции приказа Федерального фонда от 16.08.2011 N 144) (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 09.12.2011, регистрационный N 22523), и на оплату медицинской помощи при взимании платы с застрахованных лиц (в рамках добровольного медицинского страхования или в виде оказания платных услуг) за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования (пункт 1.4 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющегося приложением 8 к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи);

наличие актов сверки расчетов между медицинской организацией и страховыми медицинскими организациями (согласно форме Типового договора по обязательному медицинскому страхованию на оказание и оплату медицинской помощи, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24.12.2010 N 1184н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 04.02.2011, регистрационный N 19714), сверка расчетов страховой медицинской организацией и медицинской организацией проводится ежемесячно на 1 число месяца, следующего за отчетным, а также ежегодно по состоянию на конец финансового года, по результатам которой составляется акт о принятии к оплате оказанной медицинской помощи, подтверждающий сумму окончательного расчета между сторонами);

наличие, продолжительность и размеры дебиторской и кредиторской задолженности по оплате медицинской помощи, причины задолженности;

наличие и обоснованность претензий медицинской организации к страховым медицинским организациям в части осуществления оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

наличие претензий и (или) исков страховых медицинских организаций к медицинской организации в целях возмещения вреда, причиненного застрахованному лицу, и примененных к медицинской организации санкций.

17.2. Соблюдения обязательства медицинской организации по использованию средств обязательного медицинского страхования, полученных за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, в том числе:

1) по видам медицинской помощи;

2) по структуре тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе:

осуществления расходов на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда: правильность начисления и выплаты заработной платы в соответствии с установленными ставками, должностными окладами и фактически отработанным временем, обоснованность выплат различных надбавок и доплат за совмещение профессий и должностей и т.д. (проверяются все документы, подтверждающие обоснованность производимых выплат: штатное расписание, тарификационные списки, документы, подтверждающие квалификацию специалистов, графики работы структурных подразделений и сотрудников, приказы по личному составу, трудовые соглашения, коллективный договор, положение об оплате труда и т.д.), проверка первичных бухгалтерских документов по расходованию средств обязательного медицинского страхования на выплаты (заработная плата, премии, доплаты, поощрения, материальная помощь), уплату налогов и страховых взносов, установленных законодательством Российской Федерации. При проверке отражаются случаи расходования средств обязательного медицинского страхования на выплаты (заработная плата, премии, доплаты, поощрения, материальная помощь) лицам, не участвующим

в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

осуществления расходов на приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации) (при проверке осуществляется сопоставление сумм произведенных расходов (в том числе на приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов) с утвержденной сметой расходов).

Проверка использования средств на указанные цели осуществляется путем проверки первичных документов, подтверждающих законность проведения банковских операций, включающих договоры поставки лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов.

Проверяется:

обоснованность цен при закупках товаров (работ, услуг) за счет средств обязательного медицинского страхования;

соблюдение сроков поставки и оплаты, соответствие сумм, указанных в договорах, фактически произведенным расходам;

своевременность, полнота и правильность оприходования лекарственных средств и расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов;

сохранность, учет и списание лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов;

наличие отдельного учета медикаментов, приобретаемых за счет средств обязательного медицинского страхования и за счет средств, поступающих в медицинскую организацию из других источников.

Проводится анализ закупленных лекарственных средств (отражается наличие лекарственных средств с истекшим сроком годности).

Изучаются:

материалы инвентаризации имущества и финансовых обязательств, проведенной медицинской организацией (при проведении проверки может быть проведена выборочная инвентаризация основных средств, материальных запасов, приобретенных за счет средств обязательного медицинского страхования);

наличие, продолжительность и размеры дебиторской и кредиторской задолженности с поставщиками товаров и услуг за счет средств обязательного медицинского страхования, своевременность взыскания дебиторской задолженности и погашения кредиторской задолженности, проведения взаимных сверок в расчетах с поставщиками, правильность ведения учета этих расчетов, своевременности взыскания сумм выявленных недостач и хищений денежных средств обязательного медицинского страхования, материальных ценностей, приобретенных за счет средств обязательного медицинского страхования, а также потерь от порчи этих ценностей,

отнесенных за счет виновных лиц.

При наличии в составе принятых тарифов на оплату медицинской помощи других направлений расходования средств проверка использования средств обязательного медицинского страхования на указанные цели осуществляется с учетом соответствующих документов, регламентирующих порядок проведения таких расходов, объема средств, предусмотренных на данные расходы в составе принятых тарифов на оплату медицинской помощи и утвержденной сметой расходов, условий заключенных договоров.

При проведении проверки использования средств обязательного медицинского страхования:

проверяется правильность отражения в регистрах бухгалтерского учета операций по средствам обязательного медицинского страхования, правильность отражения доходов и расходов согласно действующей бюджетной классификации, соблюдение порядка ведения кассовых операций и учета наличных денежных средств (в части средств обязательного медицинского страхования), своевременность оприходования наличных денежных средств обязательного медицинского страхования, поступающих из банка и других источников, а также их целевое использование, наличие оправдательных документов и достоверность содержащихся в них данных, являющихся основанием для списания расходов по кассе, законность произведенных расходов в части средств обязательного медицинского страхования, обеспечение сохранности денежных средств.

17.3. Наличия и достоверности данных персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, передаваемых медицинской организацией в территориальный фонд и страховые медицинские организации, необходимых в том числе для осуществления контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования.

17.4. Использования медицинской организацией средств, полученных из резерва финансового обеспечения предупредительных мероприятий страховой медицинской организации, в том числе проверяется наличие отчетных документов по средствам, полученным медицинской организацией из резерва финансового обеспечения предупредительных мероприятий.

17.5. Достоверности и своевременности представления отчетов медицинской организацией об использовании средств обязательного медицинского страхования по установленным формам.

18. Проверка использования средств, полученных на финансовое обеспечение мероприятий региональной программы модернизации здравоохранения субъекта Российской Федерации (далее - Программа модернизации) по внедрению стандартов медицинской помощи, повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами, (включая мероприятия по проведению углубленной диспансеризации подростков), включает проверку:

дополнительных соглашений к договорам на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию о взаимодействии сторон при реализации Программы модернизации;

предоставления медицинской организацией в страховую медицинскую организацию отдельного счета и реестра счетов (или отдельного счета в рамках реестра счетов на оплату медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования) на оплату медицинской помощи в рамках Программы модернизации за счет средств бюджета Федерального фонда;

реализации мероприятий, осуществляемых за счет средств, полученных на внедрение стандартов, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, и соблюдения условий

использования средств, полученных на повышение доступности амбулаторной медицинской помощи из бюджета Федерального фонда, в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 15.02.2011 N 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" (в редакции постановления Правительства Российской Федерации от 06.04.2012 N 286) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 8, ст. 1126);

соблюдения условий использования средств, полученных на внедрение стандартов из бюджета Федерального фонда, в соответствии с тарифным соглашением и порядком реализации Программы модернизации и расходования средств на Программу модернизации, утвержденными на территории субъекта Российской Федерации;

реализации мероприятий и соблюдению условий использования средств, полученных в рамках Программы модернизации из бюджета территориального фонда и бюджета субъекта Российской Федерации (если указанные средства предусмотрены), в соответствии с тарифным соглашением и порядком реализации Программы модернизации и расходования средств на Программу модернизации, утвержденными на территории субъекта Российской Федерации.

При проверке использования средств, полученных на финансовое обеспечение Программы модернизации, проверяются:

1) документы, подтверждающие обоснованность расходования средств, в том числе:

лицензии на оказание медицинских услуг в рамках проведения мероприятий Программы модернизации по внедрению стандартов оказания медицинской помощи, повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами, (включая мероприятия по проведению углубленной диспансеризации подростков);

действующие сертификаты у медицинских работников, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь, медицинские услуги в рамках проведения мероприятий по оказанию медицинской помощи в соответствии с утвержденными стандартами, принимающих участие в проведении углубленной диспансеризации подростков;

локальные документы, определяющие порядок и условия оплаты труда медицинских работников в рамках реализации мероприятий Программы модернизации по внедрению стандартов оказания медицинской помощи, повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами, (включая мероприятия по проведению углубленной диспансеризации подростков);

дополнительные соглашения к трудовым договорам, заключенные между медицинской организацией и ее работниками в части реализации Программы модернизации;

2) обоснованность начисления заработной платы, правильность ее расчетов и сроков выплаты, осуществление уплаты налогов и страховых взносов, установленных законодательством Российской Федерации;

3) соблюдение процедур, предусмотренных Федеральным законом от 21.07.2005 N 94-ФЗ "О размещении заказов на поставку товаров, выполнения работ, оказания услуг для государственных и муниципальных нужд" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2005, N 30, ст. 3105; 2006, N 1, ст. 18; N 31, ст. 3441; 2007, N 17, ст. 1929; N 31, ст. 4015; N 46, ст. 5553; 2008, N 30, ст. 3616; N 49, ст. 5723; 2009, N 1, ст. 16; N 1, ст. 31; N 18, ст. 2148; N 19, ст. 2283; N 27, ст. 3267; N 29, ст. 3584; N 29, ст. 3592; N 29, ст. 3601; N 48, ст. 5711; N 48, ст. 5723; N 51, ст. 6153; N 52, ст. 6441; 2010, N 19, ст. 2286; N 19, ст. 2291; N 31, ст. 4209; N 45, ст. 5755; 2011, N 15, ст. 2029; N 17, ст. 2320; N 27, ст. 3880; N 29, ст. 4291; N 48, ст. 6727; N 50, ст. 7360; N 51, ст. 7447; N 48, ст. 6728; N 50, ст. 7359), при определении поставщиков лекарственных средств и расходных материалов, мягкого инвентаря,

продуктов питания и прочих материальных запасов в рамках реализации Программы модернизации по внедрению стандартов оказания медицинской помощи, повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами, (включая мероприятия по проведению углубленной диспансеризации подростков), заключение и исполнение государственных (муниципальных) контрактов, соблюдение сроков поставки и оплаты;

4) своевременность формирования и достоверность данных отчетов медицинской организации об использовании средств на цели по реализации региональной программы модернизации здравоохранения (по формам, утвержденным приказом Федерального фонда от 16.12.2010 N 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" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 31.12.2010, регистрационный N 19503), и приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30.12.2010 N 1240н "Об утверждении порядка и формы предоставления отчетности о реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и программ модернизации федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 01.02.2011, регистрационный N 19655);

5) объемы выделенного финансирования и кассовых расходов, при наличии неиспользованных или нераспределенных средств - указать причины отклонений;

6) обособленное отражение в бухгалтерском учете поступления и расходования средств в рамках Программы модернизации по каждому источнику финансового обеспечения с ведением аналитического учета на субсчетах.

19. Проверка использования средств, полученных медицинской организацией из бюджета территориального фонда на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан.

При проверке использования средств, полученных на финансовое обеспечение проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан, проверяются:

1) документы, подтверждающие обоснованность расходования средств на указанные цели, в том числе:

лицензии на все виды медицинской деятельности, необходимые для проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан;

перечень сотрудников, участвующих в проведении дополнительной диспансеризации работающих граждан;

договоры, заключенные проверяемой медицинской организацией с медицинской организацией, имеющей лицензию на виды медицинской деятельности, отсутствующие в проверяемой медицинской организации. Соответствие срока действия договора сроку фактического выполнения работ;

смета доходов и расходов по средствам, полученным из бюджета территориального фонда на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан, исполнение сметы доходов и расходов;

2) целевое использование полученных средств на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан по установленным направлениям расходования;

3) осуществление выплат заработной платы за счет средств, полученных на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан, в соответствии с табелями учета рабочего

времени;

4) достоверность заполнения отчетной формы по использованию средств, полученных на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан;

5) обособленное отражение в бухгалтерском учете поступления и расходования средств на дополнительную диспансеризацию работающих граждан;

6) численность работающих граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию, по спискам медицинской организации и по реестрам счетов на оплату проведенной дополнительной диспансеризации работающих граждан.

При проведении проверки может быть проведена выборочная проверка Карт учета дополнительной диспансеризации работающего гражданина (учетная форма N 131/у-ДД-10, утвержденная приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 04.02.2010 N 55н "О порядке проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 04.03.2010, регистрационный N 16550) (в редакции приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 03.03.2011 N 163н) (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28.03.2011, регистрационный N 20308) (в редакции приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31.01.2012 N 70н) (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 22.02.2012, регистрационный N 23309) (далее - приказ N 55н) и соответствующих Медицинских карт амбулаторного больного (учетная форма N 025/у-04, утвержденная приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22.11.2004 N 255 "О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14.12.2004, регистрационный N 6188), при которой определяется обоснованность использования средств с учетом:

полноты объема проведенной дополнительной диспансеризации (законченный случай) и правильности оформления медицинской документации врачами-специалистами, соблюдения алгоритма осмотра врачами-специалистами;

соответствия заключений врачей-специалистов, осуществляющих осмотры, в Карте учета дополнительной диспансеризации работающего гражданина и Медицинской карте амбулаторного больного;

соответствие специальностей врачей, выполняющих осмотры, специальностям, утвержденным приказом N 55н.

20. Проверка использования средств, полученных медицинской организацией на финансовое обеспечение проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

При проверке использования средств, полученных на финансовое обеспечение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, проверяются:

1) документы, подтверждающие обоснованность расходования средств на указанные цели, в том числе:

лицензии на виды медицинской деятельности, необходимые для проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

перечень сотрудников, участвующих в проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

договоры, заключенные проверяемой медицинской организацией с медицинской организацией, имеющей лицензию на виды медицинской деятельности, отсутствующие в проверяемой медицинской организации, соответствие срока действия договора сроку фактического выполнения работ;

смета доходов и расходов по средствам, полученным из бюджета территориального фонда на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, исполнение сметы доходов и расходов;

2) обособленное отражение в бухгалтерском учете поступления и расходования средств на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

3) целевое использование полученных средств на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, по установленным направлениям расходования;

4) достоверность данных отчетной формы по использованию средств, полученных на диспансеризацию пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

5) осуществление выплат заработной платы за счет средств, полученных на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в соответствии с табелями учета рабочего времени;

6) численность детей, прошедших диспансеризацию, по спискам медицинской организации и по реестрам счетов на оплату проведенной диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

При проведении проверки может быть проведена выборочная проверка Карт диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (учетная форма N 030-Д/с/09-10, утвержденная приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 03.03.2011 N 162н "О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 08.04.2011, регистрационный N 20446) (далее - приказ N 162н)) и соответствующих медицинских карт ребенка, при которой определяется обоснованность использования средств с учетом:

полноты объема проведенной диспансеризации (законченный случай) и правильности оформления медицинской документации врачами-специалистами, соблюдения алгоритма осмотра врачами-специалистами;

соответствия заключений врачей-специалистов, осуществляющих осмотры, в Карте диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, медицинской карте ребенка;

соответствия специальностей врачей, выполняющих осмотры, специальностям, утвержденным приказом N 162н.

21. Проверка использования средств, полученных медицинской организацией из бюджета территориального фонда на оказание дополнительной медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики



(семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей) (далее - дополнительная медицинская помощь).

При проверке использования средств, полученных медицинской организацией из бюджета территориального фонда на оказание дополнительной медицинской помощи, проверяются:

наличие у медицинской организации лицензий на оказание соответствующей медицинской помощи;

наличие открытого отдельного счета для учета средств, направленных на оплату дополнительной медицинской помощи;

наличие бюджетной заявки и приложения к ней;

документы, подтверждающие обоснованность включения работников медицинской организации в бюджетную заявку, информации в приложении к заявке, документов, подтверждающих оформление трудовых отношений между работником и медицинской организацией (численность прикрепленного населения, приказ о количестве созданных участков, приказ о приеме на работу, трудовая книжка, штатное расписание и др.);

наличие оформленных дополнительных соглашений к трудовым договорам (с 1-го рабочего дня месяца) между медицинской организацией и медицинскими работниками первичного звена по оказанию дополнительной медицинской помощи;

осуществление выплат в соответствии с заявкой (штатное расписание, табель учета рабочего времени, платежная ведомость, расчеты по начислениям на выплаты согласно законодательству);

отражение операций по расчетам за дополнительную медицинскую помощь в бухгалтерском учете;

достоверность данных отчетной формы по использованию средств, полученных на дополнительную медицинскую помощь.

22. Проверка исполнения мероприятий по устранению нарушений и недостатков, выявленных предыдущими проверками, в том числе соблюдение сроков возврата (возмещения) медицинской организацией средств, использованных не по целевому назначению, в бюджет территориального фонда и (или) уплаты штрафных санкций по результатам проверок, ранее проведенных территориальным фондом (при наличии).

#### V. Оформление акта проверки

23. По результатам проверки составляется акт проверки, включающий:

23.1. Заголовочную часть, в которой указывается наименование темы проверки, полное наименование медицинской организации и дата составления акта.

23.2. Содержательную часть, в которой отражается следующая информация:

номер и дата приказа территориального фонда о проведении проверки;

фамилии, инициалы и должности руководителя и членов комиссии (рабочей группы), проводивших проверку;

даты начала и окончания проведения проверки (датой начала проведения проверки, которая отражается в содержательной части акта проверки, является дата начала работы комиссии (рабочей

группы), а датой окончания - дата подписания акта проверки руководителем и членами комиссии (рабочей группы), проводившими проверку, согласно приказу о проведении проверки);

наименование темы проверки с указанием на характер проверки (плановая/внеплановая, комплексная);

проверяемый период;

фамилии, инициалы руководителя медицинской организации, заместителя руководителя медицинской организации, главного бухгалтера и других должностных лиц медицинской организации, которые в проверяемый период имели право первой (второй) подписи. При наличии изменений в проверяемом периоде в составе вышеназванных лиц их перечень приводится с одновременным указанием периода, в течение которого эти лица занимали соответствующие должности согласно приказам, распоряжениям о назначении их на должность и увольнении с занимаемой должности;

перечень и реквизиты всех счетов медицинской организации (включая счета, закрытые на дату проведения проверки, но действовавшие в проверяемом периоде), используемых проверяемой медицинской организацией, с указанием остатков денежных средств на даты начала и окончания проверяемого периода, а также на дату начала проведения проверки;

сведения о лицензии (номер, дата выдачи и окончания срока действия);

иные данные, необходимые для полной характеристики медицинской организации, в том числе в акте проверки кратко отражаются сведения о предыдущих проверках использования средств обязательного медицинского страхования медицинской организацией контрольными органами, о дате и проверяемом периоде при проведении предыдущей проверки территориальным фондом, об устранении (неустранении) недостатков и нарушений, выявленных предыдущей проверкой, в случае их неустранения - указываются причины;

сведения о способе проведения проверки по степени охвата ею первичных документов (сплошной, выборочный) с указанием, какая документация была проверена сплошным, а какая выборочным способом;

описание проверенных вопросов использования средств обязательного медицинского страхования в соответствии с программой проверки (при необходимости, исходя из конкретных обстоятельств проведения проверки, в акте проверки может быть отражена информация по вопросам и периодам деятельности медицинской организации, не включенным в проверяемый период и программу проверки).

Содержательная часть акта проверки должна быть объективной и обоснованной, четкой, лаконичной, доступно и системно изложенной.

Результаты проверки излагаются в акте проверки на основании проверенных данных и фактов, подтвержденных документами, результатами проведенных проверок и процедур фактического контроля, других действий, связанных с проведением проверки.

Описание фактов нарушений и недостатков, выявленных в ходе проверки (в том числе фактов нецелевого использования средств обязательного медицинского страхования), должно содержать обязательную информацию о конкретно нарушенных нормах законодательных, иных нормативных правовых актов или их отдельных положений с указанием, за какой период допущены нарушения, когда и в чем они выразились, сумм документально подтвержденных нецелевых расходов и расходов, произведенных с нарушением законодательных, иных нормативных правовых актов.

В акте проверки не допускается включение различного рода выводов, предположений и фактов, не подтвержденных первичными и отчетными документами.

В случае непредставления или неполного представления медицинской организацией документов для проведения проверки в акте проверки приводится их перечень.

Объем акта проверки количеством страниц не ограничивается.

23.3. Заключительную часть, включающую обобщенную информацию о результатах проверки, с указанием выявленных нарушений и недостатков и сроков их устранения или сроков представления плана мероприятий по устранению выявленных нарушений и недостатков.

При наличии фактов нецелевого использования средств обязательного медицинского страхования, выявленных в ходе проверки, в заключительную часть акта включается обобщенная информация о направлениях и суммах нецелевого использования средств обязательного медицинского страхования, с требованием о возврате медицинской организацией средств, использованных не по целевому назначению, и уплате штрафа за использование не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона N 326-ФЗ.

23.4. Заверительную часть, включающую фамилии, инициалы, должности и подписи руководителя и членов комиссии (рабочей группы), проводивших проверку использования средств обязательного медицинского страхования, фамилии, инициалы, должности и подписи должностных лиц проверенной медицинской организации.

24. Акт проверки составляется в двух экземплярах, имеющих одинаковую силу. Руководителю медицинской организации (лицу, его замещающему) акт проверки в двух экземплярах для ознакомления и подписания представляется не позднее чем за 1 (один) день до окончания срока проверки, определенного приказом территориального фонда о проведении проверки.

Один экземпляр подписанного акта проверки вручается руководителю медицинской организации (лицу, его замещающему), второй экземпляр представляется в территориальный фонд.

В экземпляре акта проверки, который представляется в территориальный фонд, производится запись о получении одного экземпляра акта проверки руководителем медицинской организации (лицом, его замещающим). Такая запись должна содержать в том числе дату получения акта проверки, подпись лица, который получил акт проверки, и расшифровку этой подписи.

Дата получения акта руководителем медицинской организации (лицом, его замещающим) считается датой окончания проверки.

В случае отказа руководителя медицинской организации (лица, его замещающего) подписать и (или) получить акт проверки руководителем комиссии (рабочей группы) в конце акта проверки производится запись об отказе от подписания акта проверки или об отказе от подписи в получении акта проверки.

В случае отказа руководителя медицинской организации (лица, его замещающего) подписать и получить акт проверки датой окончания проверки и датой получения акта проверки считается шестой рабочий день с даты отправления акта проверки в адрес медицинской организации заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

Документ, подтверждающий факт направления медицинской организации акта проверки, приобщается к материалам проверки.

При несогласии с актом проверки (или отдельными его положениями) подписывающий его руководитель медицинской организации (лицо, его замещающее) вносит запись, что акт подписывается с возражениями, которые прикладываются к акту проверки или направляются в

территориальный фонд не позднее 5 (пяти) рабочих дней со дня получения акта проверки. Письменные возражения медицинской организации на акт проверки приобщаются к материалам проверки.

В случае отказа должностных лиц медицинской организации от подписания акта проверки или от получения акта проверки и (или) непредставления письменных возражений по акту проверки датой окончания проверки считается шестой рабочий день с даты отправления медицинской организации акта проверки заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

25. К акту проверки при выявлении нарушений и недостатков прилагаются:

таблицы необходимых расчетов;

копии документов, подтверждающих факты нарушений и недостатков;

материалы, имеющие значение для подтверждения отраженных в акте фактов нарушений и недостатков;

другие необходимые материалы.

Все приложения, составленные в ходе проверки, должны быть подписаны руководителем или членом комиссии (рабочей группы) и руководителем (лицом, его замещающим) проверяемой медицинской организации (с визами постранично).

Копии документов, подтверждающих выявленные в ходе проверки нарушения, в том числе нарушения в использовании средств обязательного медицинского страхования, заверяются подписью руководителя медицинской организации или главного бухгалтера медицинской организации и печатью медицинской организации. При необходимости допускается составление реестра первичных документов, подтверждающих нарушения, в том числе нарушения в использовании средств обязательного медицинского страхования, который подписывается руководителем или членом комиссии (рабочей группы) и руководителем медицинской организации (лицом, его замещающим) или главным бухгалтером медицинской организации (с визами постранично) и заверяется печатью медицинской организации.

При наличии приложений в тексте акта проверки должны содержаться обязательные ссылки на них и перед заверительной частью акта проверки приводится перечень приложений с указанием количества листов, экземпляров, а также производится запись о том, что приложения являются неотъемлемой частью акта проверки.

## VI. Реализация результатов проверки

26. Не позднее 10 (десяти) рабочих дней после окончания проведения проверки руководитель комиссии (рабочей группы) представляет директору (заместителю директора) территориального фонда служебную записку о результатах проверки использования средств обязательного медицинского страхования медицинской организацией.

27. Возврат (возмещение) средств, в том числе использованных не по целевому назначению, и (или) уплата штрафов, пеней осуществляется медицинской организацией на основании полученного акта в порядке, определенном Федеральным законом N 326-ФЗ.

28. При наличии письменных возражений на акт проверки в срок не позднее 5 (пяти) рабочих дней со дня их получения территориальный фонд направляет руководителю медицинской организации письменное сообщение о результатах рассмотрения возражений на акт проверки, подготовленное структурным подразделением территориального фонда, ответственным за организацию проведения конкретной проверки, подписанное директором (заместителем

директора) территориального фонда, с указанием оснований, по которым возражения признаются необоснованными, или о признании обоснованными возражений (обоснованными частично возражений) медицинской организации.

В случае непризнания обоснованными возражений или признания обоснованными частично возражений медицинской организации в письменное сообщение включается информация о том, что сроки устранения нарушения и (или) сроки возврата (возмещения) средств, в том числе использованных не по целевому назначению, и (или) уплаты штрафов, пеней исчисляются со дня предъявления территориальным фондом соответствующего требования.

Письменное сообщение о результатах рассмотрения возражений на акт проверки вручается руководителю медицинской организации или лицу, им уполномоченному, под расписку либо направляется медицинской организации заказным почтовым отправление с уведомлением о вручении.

Копия письменного сообщения территориального фонда о результатах рассмотрения возражений медицинской организации на акт проверки и документ, подтверждающий факт направления медицинской организации указанного письменного сообщения, приобщаются к материалам проверки.

В случае несогласия с результатом рассмотрения территориальным фондом возражений на акт проверки медицинская организация вправе обжаловать данное решение в досудебном и (или) судебном порядке.

29. Территориальный фонд обеспечивает контроль за ходом реализации результатов проверки, в том числе осуществляет:

контроль за представлением и исполнением плана мероприятий по устранению выявленных нарушений и недостатков (в случае установления территориальным фондом срока устранения нарушений и недостатков - контроль за устранением выявленных нарушений и недостатков в установленный срок);

контроль за возвратом (возмещением) средств, использованных не по целевому назначению;

контроль за уплатой штрафов, пеней;

начисление пеней и направление медицинской организации письменного сообщения о необходимости уплаты пеней (с приложением расчета размера пеней).

30. В случае выявления фактов нарушения законодательства об обязательном медицинском страховании, требующих незамедлительных мер по их устранению, в случае неисполнения медицинской организацией требований территориального фонда о возврате (возмещении) средств, в том числе использованных не по целевому назначению, и (или) об уплате штрафов, пеней, а также в случае неустранения выявленных нарушений в установленные сроки территориальный фонд вправе направить соответствующую информацию и материалы проверки в правоохранительные и судебные органы для привлечения виновных лиц к ответственности.

## VII. Заключительные положения

31. Планы проверок, программы плановых и внеплановых проверок (типовые программы проверок), материалы проверок, состоящие из подлинных экземпляров актов проверок и надлежаще оформленных приложений к ним, на которые даны ссылки в актах проверок, а также документов, предусмотренных главой VI настоящего Положения, комплектуются, учитываются и хранятся в порядке, установленном законодательством об архивном деле в Российской Федерации и правилами делопроизводства в территориальном фонде.