Обзор основных нарушений, выявленных Федеральным фондом обязательного медицинского страхования в 2022 году в ходе проведения проверок соблюдения законодательства об обязательном медицинском страховании и использования средств обязательного медицинского страхования

I. Общие вопросы

1. В нарушение части 5 статьи 34 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ) и пункта 24 раздела V Типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования, утвержденного приказом Минздравсоцразвития России от 21.01.2011 № 15н, согласно которым правление территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее – территориальный фонд) не вправе осуществлять административно-хозяйственные и организационно-распорядительные функции, правлением территориального фонда принимались решения, не входящие в его компетенцию (Кемеровская область - Кузбасс).

2. Правлением территориального фонда согласовывались штатные расписания территориального фонда, утвержденные приказами территориального фонда ранее, в том числе штатные расписания, утратившие силу на дату согласования (Мурманская область).

3. В нарушение Методических рекомендаций по разработке и принятию организациями мер по предупреждению и противодействию коррупции, разработанных во исполнение подпункта «б» пункта 25 Указа Президента Российской Федерации от 02.04.2013 № 309 «О мерах по реализации отдельных положений Федерального закона «О противодействии коррупции» и в соответствии со статьей 13.3 Федерального закона от 25.12.2008 № 273-ФЗ «О противодействии коррупции», в территориальном фонде:

- антикоррупционная политика территориального фонда отдельным локальным нормативным актом не утверждена (Республика Алтай, Воронежская область);
- в договоры и государственные контракты, связанные с хозяйственной деятельностью, антикоррупционная оговорка не включалась (Республика Алтай, Пермский край, Вологодская область).

II. Реализация обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации

1. В нарушение пункта 87 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н (далее – Правила ОМС) на официальном сайте территориального фонда в сети «Интернет» не размещался реестр страховых медицинских организаций (Мурманская область).

2. В нарушение части 2 статьи 15 Федерального закона № 326-ФЗ территориальным фондом не размещалась на официальном сайте в сети «Интернет» информация о сроках и порядке подачи уведомления о включении в реестр медицинских организаций для вновь создаваемых медицинских организаций (Кемеровская область - Кузбасс).

3. В нарушение части 2 статьи 15 Федерального закона № 326-ФЗ, при отсутствии установленных Комиссией по разработке территориальной программы иных сроков для подачи уведомления об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования вновь создаваемыми медицинскими организациями, в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования включались вновь созданные медицинские организации позже установленного срока подачи уведомления (Кемеровская область - Кузбасс).

4. Состав информации, размещенной на официальном сайте территориального фонда в сети «Интернет» не в полной мере соответствовал составу, указанному в Общих принципах построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – Федеральный фонд) от 07.04.2011 № 79, федеральные нормативно-правовые документы не обновлялись в 10-дневный срок, со дня вступления в силу (Кабардино-Балкарская Республика, Республика Алтай, Владимирская область).

5. В нарушение пункта 26 Правил ОМС форма заявления о сдаче (утрате) полиса обязательного медицинского страхования военнослужащими не соответствовала требованиям наличия обязательных сведений (Кемеровская область - Кузбасс, Республика Алтай).

6. В нарушение пункта 1 статьи 49.1 Федерального закона № 326-ФЗ, пункта 77 Правил ОМС территориальный фонд не в полном объеме приостанавливал действие полисов ОМС граждан, призванных на военную службу (Самарская область).

7. Проверками выявлены нарушения положений Типовых договоров в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 № 1030н «Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования» (далее – приказ № 1030н) (утратил силу с 03.12.2022) и приказом Минздрава России от 30.12.2020 № 1417н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее – приказ № 1417н), условий заключенных договоров и иные замечания.

7.1. В нарушение приказа Федерального казначейства от 17.10.2016 № 21н «О порядке открытия и ведения лицевых счетов территориальными органами Федерального казначейства», в отличие от письма Министерства финансов Российской Федерации от 30.10.2012 № 02-06-10/4554 в договорах на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

(далее – договор на оказание и оплату медицинской помощи) вместо лицевого счета для учета операций со средствами обязательного медицинского страхования (далее также - ОМС), указывался лицевой счет бюджетного учреждения (Кемеровская область - Кузбасс).

7.2. В ряде договоров на оказание и оплату медицинской помощи некорректно указывались банковские реквизиты и наименования медицинских организаций (Ставропольский край).

7.3. Договоры на оказание и оплату медицинской помощи пролонгировались на очередной год, что не предусмотрено формой типового договора на оказание и оплату медицинской помощи, утвержденной приказом № 1417н (Ставропольский край).

7.4. В нарушение подпункта «о» пункта 1 постановления Правительства Российской Федерации от 03.04.2020 № 432 «Об особенностях реализации базовой программы обязательного медицинского страхования в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией» (утратило силу с 01.01.2021), согласно которому положения договоров о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования (далее – договор о финансовом обеспечении) и договоров на оказание и оплату медицинской помощи применяются без внесения в них соответствующих изменений, дополнительными соглашениями в договор о финансовом обеспечении вносились изменения в пункты 2.10 и 4.5 в части авансирования страховой медицинской организации (Владимирская область).

7.5. В нарушение части 1 статьи 39 Федерального закона № 326-ФЗ заключались договоры на оказание и оплату медицинской помощи с медицинскими организациями, которым решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств обязательного медицинского страхования, не установлен (Владимирская область, Кемеровская область - Кузбасс).

7.6. В нарушение пункта 49 Правил ОМС и пункта 2.6 договора о финансовом обеспечении данные о новых застрахованных лицах, сведения об изменении данных о ранее застрахованных лицах направлялись страховыми медицинскими организациями в территориальных фонд с нарушением сроков (Республика Алтай).

8. В нарушение пунктов 3, 12 Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденного приказом Минздравсоцразвития России от 25.01.2011 № 29н (утратил силу с 01.12.2022) (далее – Порядок ведения персонифицированного учета), при внесении сведений о застрахованных лицах в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц (далее – РС ЕРЗ) страховые медицинские организации не обеспечивали в полном объеме достоверность и корректность вносимых сведений в указанный регистр, при этом в нарушение пункта 23 Порядка ведения персонифицированного учета территориальным фондом не в полной мере осуществлялся контроль за РС ЕРЗ (все территориальные фонды и страховые медицинские организации, проверенные в 2022 году).

9. В РС ЕРЗ содержались записи с данными документа, удостоверяющего личность застрахованных лиц, которые утратили свою юридическую значимость для целей идентификации участниками обязательного медицинского страхования вследствие изменений (замены) их в силу достижения застрахованными лицами, определенного законодательством возраста (все территориальные фонды, проверенные в 2022 году).

10. В нарушение пункта 5 статьи 44 Федерального закона № 326-ФЗ персонифицированный учёт медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, велся в территориальном фонде без подтверждения достоверности документов усиленной квалифицированной электронной подписью (Республика Коми).

11. При проведении анализа данных персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, выявлено:

- оказание медицинской помощи с несоответствием профиля оказания медицинской помощи полу застрахованного лица (Республика Алтай, Чеченская Республика, Ханты-Мансийский автономный округ, Ямало-Ненецкий автономный округ, Владимирская область, Вологодская область, Воронежская область, Кемеровская область - Кузбасс, Нижегородская область, Челябинская область);

- оказание медицинской помощи после даты смерти пациента (Республика Адыгея, Республика Алтай, Чеченская Республика, Ставропольский край, Ханты-Мансийский автономный округ, Владимирская область, Вологодская область, Кемеровская область - Кузбасс, Костромская область, Самарская область, Челябинская область);

- включение в реестр счетов нескольких страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана застрахованному лицу в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения (Республика Алтай, Кабардино-Балкарская Республика, Чеченская Республика, Ханты-Мансийский автономный округ, Владимирская область, Вологодская область, Кемеровская область - Кузбасс, Челябинская область);

- оказание медицинской помощи застрахованным лицам с заболеваниями, профиль которых отсутствовал в лицензии медицинской организации (Челябинская область);

- оказание медицинской помощи с несоответствием схемы лекарственной терапии при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования и номера клинико-статистической группы (далее – КСГ) (Республика Коми);

- оказание медицинской помощи с несоответствием основного диагноза и номера КСГ (Республика Коми, Воронежская область);

- оказание медицинской помощи с применением лекарственных средств, которые отсутствовали в схеме лечения (Воронежская область);

- оказание медицинской помощи застрахованным лицам с диагнозами по МКБ-10, источником финансового обеспечения которого средства обязательного медицинского страхования не являлись (Ямало-Ненецкий автономный округ, Кемеровская область - Кузбасс, Республика Алтай);

- дублирование случаев оказания медицинской помощи (Ямало-Ненецкий автономный округ);

- оказание медицинской помощи лицам, у которых приостановлено страхование в соответствии с пунктом 1 статьи 49.1 Федерального закона № 326-ФЗ в связи с призывом на срочную военную службу (Вологодская область).

12. В нарушение пункта 3 Положения о деятельности комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, являющегося Приложением № 1 к Правилам ОМС (далее – Положение о деятельности комиссии), в состав Комиссии не входил представитель медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов) (Приморский край).

13. В нарушение пункта 4 Положения о деятельности комиссии:

- комиссией принимались решения по вопросам, не входящим в ее полномочия (Владимирская область, Кемеровская область - Кузбасс, Приморский край, Чеченская Республика);

- на рассмотрение комиссии не выносился вопрос о проекте территориальной программы обязательного медицинского страхования (Владимирская область, Ямало-Ненецкий автономный округ);

- комиссией не устанавливались показатели эффективности деятельности медицинских организаций, позволяющие произвести оценку возможности реализации медицинской организацией заявленных объемов медицинской помощи (Ямало-Ненецкий автономный округ, Приморский край, Мурманская область);

- распределение объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями на начало года осуществлялось комиссией с превышением установленного срока (Ямало-Ненецкий автономный округ, Кемеровская область - Кузбасс, Республика Алтай, Кабардино-Балкарская Республика, Приморский край);

- распределение объемов предоставления медицинской помощи и финансовых средств между страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями не соответствовало объемам предоставления медицинской помощи и финансовым средствам, установленным территориальной программой ОМС (Приморский край, Владимирская область, Калужская область).

- объемы медицинской помощи распределялись с превышением заявленных медицинскими организациями (Челябинская область).

14. В нарушение пункта 7 Положения о деятельности комиссии проект территориальной программы ОМС комиссией не представлялся исполнительному органу государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья и территориальному фонду (Владимирская область).

15. В нарушение пункта 8 Положения о деятельности комиссии не осуществлялось распределение объемов в разрезе профилей отделений и врачебных специальностей комиссии (Республика Коми, Ямало-Ненецкий автономный округ).

16. В нарушение части 10 статьи 36 Федерального закона № 326-ФЗ не соответствовали территориальной программе ОМС объемы предоставления

медицинской помощи и объемы их финансового обеспечения, распределенные решением Комиссии между медицинскими организациями на конец года (Кабардино-Балкарская Республика).

17. В нарушение Положения о деятельности комиссии в сети «Интернет» на официальных сайтах территориальных фондов, исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья:

- не размещались выписки из протоколов решений Комиссии по разработке территориальной программы по распределению объемов предоставления медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями (Республика Коми, Владимирская область);

- решения по распределению объемов медицинской помощи между медицинскими организациями размещались с нарушением установленных сроков (Приморский край, Ямало-Ненецкий автономный округ).

18. В тарифном соглашении на 2021 год содержалась недостоверная информация о размере коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат к базовой ставке в стационарных условиях, установленного в территориальной программе ОМС (Приморский край).

19. В нарушение пункта 13 Положения о деятельности комиссии при разработке проекта тарифного соглашения на 2021 год рабочей группой по формированию тарифов не осуществлялись необходимые расчеты для формирования тарифов на оплату медицинской помощи на плановый период в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения (Владимирская область).

20. В нарушение части 2 статьи 30 Федерального закона № 326-ФЗ тарифные соглашения на 2021 год и на 2022 год, дополнительные соглашения к тарифным соглашениям заключались с участием представителей медицинских организаций (Ямало-Ненецкий автономный округ).

21. В нарушение части 2 статьи 30 Федерального закона № 326-ФЗ в 2021 году дополнительные соглашения к тарифному соглашению в системе обязательного медицинского заключались без участия всех, предусмотренных вышеуказанной нормой сторон (Кемеровская область - Кузбасс).

22. В нарушение Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020 № 1397н (далее – Требования) в тарифном соглашении на 2021 и на 2022 год содержались положения, не являющиеся его предметом, в том числе:

- порядок применения страховыми медицинскими организациями к медицинским организациям санкций, возврата денежных средств в территориальный фонд, обжалования медицинскими организациями заключений страховых медицинских организаций по результатам экспертиз (Приморский край);

- порядок оказания неотложной медицинской помощи, медицинской помощи в приемном отделении стационара (Приморский край);

- порядок оформления медицинской документации, выдачи направлений (Приморский край).

23. В нарушение пункта 6.2 Требований, согласно которому размер тарифа на оплату медицинской помощи должен определяться дифференцированно с учетом уровня медицинской организации, медицинским организациям, оказывающим высокотехнологичную медицинскую помощь, не устанавливался третий уровень оказания медицинской помощи (Алтайский край).

24. В нарушение пункта 9.1 Требований срок действия тарифного соглашения на 2021 год и на 2022 год устанавливался не на один финансовый год, а до принятия нового тарифного соглашения (Республика Алтай).

25. В нарушение части 5 статьи 30 Федерального закона № 326-ФЗ тарифное соглашение на 2022 год не размещалось на официальном сайте органов государственной власти (Кабардино-Балкарская Республика, Чеченская Республика).

26. В нарушение постановления Правительства Российской Федерации от 28.12.2020 № 2299 «О программе государственных гарантий на 2021 год», письма Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.12.2020 № 11-7/И/2-20700 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий на 2021 год» в территориальной программе ОМС недостоверно формировалось приложение по утвержденной стоимости территориальной программы ОМС по условиям ее оказания, а именно занижался норматив финансовых затрат на 1 застрахованное лицо и стоимость медицинской помощи на в амбулаторных условиях в части обращений по поводу заболевания (Приморский край).

27. В отличие от положений письма Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.01.2022 № 11-7/И/2-275 «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий на 2022-2024 годы» тарифы на проведение ультразвуковых исследований сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований в тарифном соглашении на 2022 год не дифференцировались с учетом применения различных видов и методов исследования систем, органов и тканей человека, а также не дифференцировались тарифы на медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях в зависимости от профиля заболевания, по поводу которого проводится медицинская реабилитация, оценки состояния пациента по шкале ШРМ, медицинского персонала, проводящего медицинскую реабилитацию (Приморский край).

28. При рассмотрении принятых к оплате реестров счетов за оказанную медицинскую помощь установлено наличие случаев с признаками дефектов, соответствующих перечню оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи, установленному Порядком контроля проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденным приказом Минздрава России от 19.03.2021 № 231н (далее – Порядок контроля № 231н), а именно некорректное

применение тарифа на оплату медицинской помощи (Кемеровская область - Кузбасс).

29. Медицинскими организациями осуществлялось оказание специализированной медицинской помощи пациентам с заболеванием новой коронавирусной инфекцией COVID-19 среднетяжелого, тяжелого и крайне тяжелого течения при отсутствии достаточного количества лекарственных препаратов. При этом законченный случай лечения в стационаре формировался по полной стоимости КСГ (Кемеровская область - Кузбасс).

III. Уплата страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения

1. В нарушение подпункта 4 пункта 19 Порядка ведения персонифицированного учета территориальным фондом не предоставлялись страхователю для неработающих граждан (министерству здравоохранения) сведения о застрахованных лицах, которые учтены как неработающие застрахованные лица. Соглашение об информационном обмене между территориальным фондом и страхователем для неработающих граждан по представлению сведений о неработающих застрахованных лицах не заключалось (Приморский край).

2. При наличии задолженности прошлых лет по страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения, территориальным фондом к администрациям муниципальных образований не предъявлялись исполнительные листы для принудительного взыскания задолженности прошлых лет по уплате страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, выданные по определениям Арбитражного суда (Кемеровская область - Кузбасс).

IV. Управление средствами обязательного медицинского страхования

1. В нарушение статьи 32 Бюджетного кодекса Российской Федерации (далее – БК РФ) в Законе о бюджете территориального фонда не учитывались средства остатков на лицевых счетах территориального фонда по состоянию на начало года от поступлений штрафов, пени за использование страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями средств ОМС не по целевому назначению (Челябинская область).

2. В нарушение подпункта «е» пункта 7 Порядка формирования, условий предоставления медицинским организациям, указанным в части 6.6 статьи 26 Федерального закона № 326-ФЗ, средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала, утвержденного приказом Минздрава России от 22.02.2019 № 85н (далее – Порядок формирования и предоставления НСЗ на оплату труда врачей № 85н), заявки на предоставление средств для софинансирования

расходов на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала в ряде случаев медицинскими организациями направлялись в территориальный фонд с превышением сроков (Ставропольский край).

3. В нарушение пункта 140 Правил ОМС страховые медицинские организации, получившие от территориального фонда сведения о застрахованном лице, в отношении которого территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации принято решение об оплате расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве, не информировали территориальный фонд о принятых мерах по исключению случаев оказания указанной медицинской помощи из оплаты за счет средств ОМС (Владимирская область, Челябинская область).

4. Территориальным фондом оплачивалось обучение лицам, которые не являлись штатными сотрудниками территориального фонда и лицам, которые привлекались территориальным фондом для проведения повторной экспертизы качества медицинской помощи на основании договоров гражданско-правового характера (Пермский край).

5. Территориальным фондом заключались контракты на аренду помещения, которое по факту не использовалось (Приморский край).

6. В нарушение статьи 349.5 Трудового кодекса Российской Федерации на официальном сайте территориального фонда не размещалась информация о среднемесячной заработной плате руководителя, заместителей и главного бухгалтера территориального фонда (Чеченская Республика).

7. В нарушение пункта 3 статьи 306.4 Бюджетного кодекса Российской Федерации средства ОМС прошлых лет, использованные по нецелевому назначению и возвращенные в бюджет территориального фонда, не возвращались в бюджет Федерального фонда (Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, Республика Башкортостан, Республика Коми).

8. В нарушение пункта 132 Правил ОМС страховые медицинские организации обращались в территориальный фонд за предоставлением целевых средств из нормированного страхового запаса, недостающих для оплаты медицинской помощи, с превышением установленного срока (Кемеровская область - Кузбасс, Приморский край, Алтайский край, Чеченская Республика).

9. В нарушение части 8 статьи 38 Федерального закона № 326-ФЗ и пункта 133 Правил ОМС в актах внеплановых тематических проверок использования целевых средств, полученных на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования, не отражалась причина недостатка целевых средств у страховых медицинских организаций (Ямало-Ненецкий автономный округ).

10. В нарушение подпункта «е» пункта 7 Порядка формирования и предоставления НСЗ на оплату труда врачей № 85н, превышались сроки предоставления медицинскими организациями в территориальный фонд заявок на предоставление средств нормированного страхового запаса из бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования (Кемеровская область - Кузбасс).

12. В нарушение Порядка формирования и предоставления НСЗ на оплату труда врачей № 85н, средства нормированного страхового запаса территориального фонда направлялись на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала, не оказывающих помощь в соответствии с территориальными программами ОМС, что является нецелевым использованием средств бюджета территориального фонда (Республика Адыгея).

13. В нарушение подпункта 4 пункта 6 Порядка и сроков формирования, утверждения и ведения планов мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования, состав включаемых в них сведений, утвержденного приказом Минздрава России от 14.09.2021 № 922н, План мероприятий не содержал информации о кодах нарушения/дефекта, выявленного при проведении экспертизы качества медицинской помощи, в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (Кабардино-Балкарская Республика).

14. В нарушение подпункта б пункта 2 и пункта 4 Порядка выбора медицинским работником программы повышения квалификации в организации, осуществляющей образовательную деятельность, для направления на дополнительное профессиональное образование за счет средств нормированного страхового запаса Федерального фонда, нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденного приказом Минздрава России от 15.03.2021 № 205н, в План мероприятий на 2021 год за счет средств НСЗ территориального фонда включены и оплачены мероприятия по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации «Организация здравоохранения и общественное здоровье, Медицинское право (Правовые основы медицинской деятельности)», «Профпатология», Актуальные вопросы профпатологи», «Сестринское дело в оказании паллиативной помощи», «Организация здравоохранения и общественное здоровье», «Противодействие коррупции в сфере здравоохранение», «Психология кризисных состояний», «Психиатрия», «Психиатрия-наркология», «Фармацевтическая технология», «Управление и экономика фармации» (Республика Алтай, Республика Башкортостан, Кабардино-Балкарская Республика, Приморский край, Тульская область).

15. В нарушение части 1 статьи 33 Федерального закона от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» в ряде позиций Плана мероприятий в графе «наименование медицинского оборудования, код вида медицинского оборудования в соответствии с номенклатурной классификацией медицинских изделий» указывались товарные знаки (наименования производителей) (Кабардино-Балкарская Республика).

16. В нарушение требований подпункта «г» пункта 8 Правил использования медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса

территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 21.04.2016 № 332 (утратило силу с 01.03.2021) (далее – Правила использования средств НСЗ) в План мероприятий не включались сведения о технических характеристиках приобретаемого оборудования (Владимирская область, Кемеровская область - Кузбасс).

17. В нарушение требований подпункта «г» пункта 8 Правил использования средств НСЗ объем финансового обеспечения, предусмотренный Планом мероприятий, для приобретения одноименного оборудования для нескольких медицинских организаций значительно отличался (Владимирская область).

18. В нарушение пунктов 164, 169 Правил ОМС при осуществлении расчетов с медицинскими организациями региона за медицинскую помощь, оказанную в гражданам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, территориальным фондом превышались установленные сроки оплаты счетов, а также превышались сроки возмещения средств территориальным фондам по месту оказания медицинской помощи (Приморский край, Республика Алтай, Кабардино-Балкарская Республика, Челябинская область).

19. В нарушение подпункта 2 пункта 183 Правил ОМС при расчете среднедушевого норматива финансирования страховых медицинских организаций размер средств, необходимых для пополнения нормированного страхового запаса территориального фонда за счет средств, поступивших в бюджет территориального фонда на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования устанавливался территориальным фондом в объеме более 1/12 от размера средств нормированного страхового запаса, сформированного территориальным фондом на текущий год на цели, предусмотренные пунктом 1 и пунктом 2 части 6 статьи 26 Федерального закона № 326-ФЗ (Владимирская область, Кемеровская область - Кузбасс).

20. В нарушение пункта 183 Правил ОМС при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования страховых медицинских организаций не учитывалась сумма средств, высвободившихся по расходам на ведение дел СМО в связи с исполнением территориальным фондом функций страховой медицинской организации при ее ликвидации (Приморский край)

21. В нарушение подпункта 2 пункта 183 Правил ОМС при расчете среднедушевых нормативов финансирования страховых медицинских организаций на апрель, май, июль, август, сентябрь 2021 года размер средств «П - поступившие в отчетном месяце в бюджет территориального фонда средства на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования (без учета остатка средств за предыдущие периоды)», не соответствовал фактически поступившей в территориальный фонд сумме средств (Владимирская область).

22. В нарушение пункта 134 Правил ОМС территориальный фонд не вел учет расходования целевых средств на оплату медицинской помощи по страховым

медицинским организациям, в части целевых средств, сформированных страховыми медицинскими организациями в соответствии с подпунктом «г» пункта 2 части 1 статьи 28 Федерального закона № 326-ФЗ (50 процентов сумм, поступивших в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества) (Кабардино-Балкарская Республика).

23. В нарушение пунктов 137, 138 Правил ОМС территориальный фонд не определял и не доводил до страховых медицинских организаций размер финансового обеспечения страховой медицинской организации на отчетный месяц (объем средств для оплаты медицинской помощи за отчетный месяц) (Владимирская область).

24. Проверка использования межбюджетного трансферта, предоставленного в соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 12.08.2020 № 2075-р «О выделении в 2020 году бюджетных ассигнований на предоставление из федерального бюджета иных межбюджетных трансфертов бюджетам субъектов Российской Федерации и г. Байконура в целях финансового обеспечения расходных обязательств субъектов Российской Федерации и г. Байконура по предоставлению межбюджетных трансфертов бюджету соответствующего территориального фонда обязательного медицинского страхования на дополнительное финансовое обеспечение медицинских организаций в условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, в рамках реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования», и исполнения Порядка заполнения формы 2КВ «Мониторинг оказания медицинской помощи медицинскими организациями в условиях угрозы распространения заболевания, представляющего опасность для окружающих, вызванного новой коронавирусной инфекцией», направленного письмом Федерального фонда от 15.05.2020 № 6511/30-4/и (далее – Порядок заполнения формы 2КВ), показала следующее.

24.1. В нарушение подпункта 3 пункта 4 Положения о деятельности Комиссии средства межбюджетных трансфертов, распределенные бюджету субъекта Российской Федерации на 2021 год распоряжениями Правительства Российской Федерации на дополнительное финансовое обеспечение оказания медицинской помощи лицам с заболеванием и (или) подозрением на заболевание новой коронавирусной инфекцией и направленных из них на финансирование территориальной программы ОМС 2021 года (далее – средства МБТ), перечислялись в страховую медицинскую организацию в рамках текущего финансирования в соответствии с распоряжениями территориального фонда «О финансировании страховой организации» без предварительного распределения (увеличения) Комиссией показателей объемов и стоимости медицинской помощи, дополнительно финансируемой из средств МБТ (Республика Алтай).

24.2. Медицинскими организациями завышались объёмы ПЦР - тестирования пациентов при их лечении в амбулаторных условиях, а также в условиях круглосуточного стационара над объемами тестирования, предусмотренными

Временными методическими рекомендациями профилактики, диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции (COVID-19), утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации (Самарская область).

24.3. В нарушение Порядка заполнения формы 2КВ показатели представленных в Федеральный фонд форм за отдельные периоды не соответствуют счетам и реестрам счетов, принятых к оплате за счет средств обязательного медицинского страхования за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в отчетных периодах (Кемеровская область - Кузбасс).

25. В нарушение пункта 4 постановления Правительства Российской Федерации от 28.12.2020 № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов», в заявках на авансирование размер среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи страховой медицинской организацией в медицинскую организацию рассчитывался от суммы финансирования за последние 12 месяцев, а не в размере до одной двенадцатой объема годового финансового обеспечения предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, распределенного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, без учета фактического выполнения объемов предоставления медицинской помощи, а также размер среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи страховой медицинской организацией в медицинскую организацию, не соответствует размеру, определенному пунктом 124 Правил ОМС (за последние три месяца либо с периода начала действия договора на оказание и оплату (в случае периода действия договора менее трех месяцев)) (Владимирская область).

26. В нарушение пункта 124 Правил ОМС сумма авансирования, указанная в заявке на авансирование, превышала 50 процентов размера финансового обеспечения страховой медицинской организации (Чеченская Республика).

27. В отличие от письма Федерального фонда от 19.07.2021 № 00-10-30-4-04/4114 (по реализации постановления Правительства Российской Федерации от 25.06.2021 № 989), письма Минздрава России от 19.08.2021 № 11-8/и/1-13086 и Федерального фонда от 18.08.2021 № 00-10-10-04/4685, письма Минздрава России № 11-8/и/2-13706 и Федерального фонда № 00-10-10-06/4855 от 27.08.2021 (по реализации постановления Правительства Российской Федерации от 07.08.2021 № 1310), письма Минздрава России от 21.10.2021 № 17-6/и/2-17252 и Федерального фонда от 03.11.2021 № 00-10-10-4/6223, (по реализации постановления Правительства Российской Федерации № 1125 от 07.07.2021), которыми предусмотрено направление межбюджетного трансферта из территориального фонда в страховые медицинские организации в составе дифференцированных подушевых нормативов, рассчитанных в соответствии с Правилами ОМС, или по обращению страховых медицинских организаций за предоставлением целевых средств, недостающих для оплаты медицинской помощи, из нормированного страхового запаса территориального фонда, территориальным фондом средства межбюджетного трансферта направлялись по

заявкам страховых медицинских организаций на получение средств иных межбюджетных трансфертов, в объеме средств, необходимых для оплаты медицинской помощи по дополнительным счетам медицинских организаций за отчетный месяц, без расчета дифференцированных подушевых нормативов (Кабардино-Балкарская Республика).

28. В нарушение пункта 4.5 договора о финансовом обеспечении установлены факты превышения срока перечисления в страховую медицинскую организацию целевых средств на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования (Приморский край, Чеченская Республика).

29. В нарушение положений раздела V Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2020 № 2299, за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования производилась оплата случаев оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара с заболеваниями, не включенными в базовую программу обязательного медицинского страхования (Владимирская область).

30. Территориальным фондом не принимались меры по исключению из оплаты за счет средств обязательного медицинского страхования случаев оказания медицинской помощи гражданам непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве (Владимирская область).

V. Обеспечение прав граждан в сфере обязательного медицинского страхования

1. Жалобы, направленные в соответствии с пунктом 3 статьи 8 Федерального закона от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» (далее - Федеральный закон № 59-ФЗ) в страховую медицинскую организацию для рассмотрения по существу, учитывались территориальным фондом как рассмотренные жалобы. Таким образом, осуществлялся двойной учет жалоб, что искажает отчетность по обращениям в форме отчетности № ЗПЗ «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования», установленной приказом Федерального фонда от 25.03.2019 № 50 (далее – форма отчетности № ЗПЗ) (Республика Адыгея).

2. Уведомление заявителя о переадресации жалобы осуществлялось территориальным фондом с превышением срока, установленного частью 3 статьи 8 Федерального закона № 59-ФЗ (Республика Адыгея).

3. В нарушение пункта 6 статьи 8 Федерального закона № 59-ФЗ жалоба застрахованного лица на доступность медицинской помощи направлялась должностному лицу, действия которого обжалуются. (Республика Адыгея).

4. В нарушение пункта 3 статьи 8 Федерального закона № 59-ФЗ обращение застрахованного лица по вопросу компенсации понесенных расходов, на

медицинскую помощи, оказанную в медицинской организации, не работающей в системе ОМС, направлялась не по компетенции в страховую медицинскую организацию (Республика Адыгея).

5. В нарушение пункта 35 Порядка контроля № 231н, внеплановая экспертиза качества медицинской помощи проводилась территориальным фондом не по всем случаям получения жалоб от застрахованных лиц на качество медицинской помощи в медицинской организации (Тульская область).

6. В нарушение требований Порядка № 231н территориальным фондом не выполнялись в полном объеме повторные экспертизы (Республика Алтай, Республика Коми, Чеченская Республика, Приморский край, Ненецкий автономный округ, Нижегородская область).

7. В нарушение пункта 52 Порядка контроля № 231н повторная экспертиза проводилась территориальным фондом по принятым страховыми медицинскими организациями к оплате случаям оказания медицинской помощи не во всех медицинских организациях (Кабардино-Балкарская Республика).

8. Выявлены случаи применения к медицинской организации финансовых санкций на этапе МЭЭ и ЭКМП по кодам дефектов, связанных с нарушениями в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов, которые выявляются при проведении медико-экономического контроля (далее – МЭК) (Республика Алтай).

9. В нарушение пункта 82 Порядка контроля № 231н в ряде случаев медицинские организации к письменной претензии на заключение страховой медицинской организации по результатам контроля не прилагали материалы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности по оспариваемому случаю, при этом территориальный фонд принимал претензии к рассмотрению (Кабардино-Балкарская Республика).

10. В нарушение пункта 21 Порядка ведения единого реестра экспертов качества медицинской помощи, утвержденного приказом Минздрава России от 16.03.2021 № 210н, территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи, размещенный на сайте территориального фонда, содержал не все необходимые сведения, и не соответствовал размещенному в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования (Тульская область).

11. В нарушение 53 Порядка контроля № 231н, определяющего общий срок (не более 40 рабочих дней) от даты получения необходимой документации до направления результатов реэкспертизы в страховые медицинские организации и медицинские организации, ряд Актов реэкспертизы направлены территориальным фондом в страховую медицинскую организацию с превышением срока (Владимирская область).

12. В нарушение пункта 3.1 Положения о Координационном совете по организации защиты прав застрахованных лиц при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, утвержденного

приказом Федерального фонда от 03.04.2013 № 76, заседания проводились реже одного раза в месяц (Владимирская область).

VI. Осуществление контроля за деятельностью страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования

1. В нарушение требований пункта 32 Порядка осуществления территориальными фондами обязательного медицинского страхования контроля за деятельностью страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, а также контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования указанными страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, утвержденного приказом Минздрава России от 26.03.2021 № 255н (далее – Порядок контроля № 255н), периодичность проведения плановых проверок медицинских организаций территориальным фондом не соблюдалась (Республика Адыгея, Приморский край, Калужская область).

2. Не выполнялся план проверок медицинских организаций (Кабардино-Балкарская Республика, Ставропольский край).

3. В нарушение пункта 6 Порядка контроля № 255н не осуществлялся полный охват периодов деятельности страховой медицинской организации (Республика Адыгея).

4. В нарушение пунктов 8, 34 Порядка контроля № 255н в приказах о проведении проверок в медицинских и страховых медицинских организациях не указывалась форма проверки (выездная или камеральная) (Пермский край, Ставропольский край, Мурманская область).

5. В нарушение пунктов 18.1, 42.1 Порядка контроля № 255н, в заголовочной части актов проверок указывалась дата начала проверки, а не дата составления акта (Калужская область).

6. В нарушение пункта 32 Порядка контроля № 255н основания для проведения внеплановых проверок медицинских организаций не соответствовали основаниям установленным законодательством, не указывалась форма проверки и не составлялись программы проверок (Республика Алтай).

7. В нарушение пункта 32 Порядка контроля № 255н, не проводились внеплановые проверки медицинской организации в связи с истечением срока исполнения требований территориального фонда о возврате (возмещении) средств ОМС, использованных не по целевому назначению (Пермский край).

8. В нарушение пункта 35 Порядка контроля № 255н программа проверки утверждалась не директором территориального фонда, а начальником контрольно-ревизионного управления (Чеченская Республика).

9. В нарушение Порядка контроля № 255н, в ряде случаев программы проверки медицинских организаций не включали в себя следующие вопросы:

- проверка правильности составления заявок на авансирование медицинской помощи в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи

по обязательному медицинскому страхованию; соблюдение требований ведения раздельного учета по операциям со средствами обязательного медицинского страхования (пункт 39.1 Порядка контроля № 255н) (Владимирская область);

- проверка соблюдения обязательства медицинской организации по использованию средств обязательного медицинского страхования, полученных за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, по видам медицинской помощи (пункт 39.2 Порядка контроля № 255н) (Владимирская область);

- проверка 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 (пункт 39.3 приказа № 255н) (Владимирская область).

10. В нарушение пункта 42.2 Порядка контроля № 255н в ряде актов проверок медицинских организаций отсутствовали данные об остатках денежных средств на дату проведения проверки (Ставропольский край, Кемеровская область - Кузбасс, Мурманская область).

11. В нарушение пунктов 42.2, 43 Порядка контроля № 255н, дата подписания актов проверки страховых медицинских организаций и актов тематических проверок медицинских организаций руководителем и членами комиссии (рабочей группы), проводившими проверку, не соответствовала дате окончания проверки, установленной приказом о проведении проверки (Ставропольский край).

12. В нарушение пункта 42.3 Порядка контроля № 255н в отдельных актах проверок заключительная часть не содержала информации о сроках устранения выявленных нарушений или сроков представления плана мероприятий по устранению выявленных нарушений и недостатков (Республика Адыгея).

13. В нарушение пунктов 20, 44 Порядка контроля № 255н приложения к актам проверок отсутствовали, либо оформлялись не в соответствии с установленными требованиями: приложения не подписывались руководителем комиссии и руководителем проверяемой организации (с визами постранично), копии не заверялись подписью руководителя проверяемой организации и печатью организации (при наличии), в тексте акта перед его заверительной частью отсутствовал перечень приложений с указанием количества листов, экземпляров, а также запись о том, что приложения являются неотъемлемой частью акта проверки (Чеченская Республика, Пермский край, Ставропольский край).

14. В нарушение части 9 статьи 39 Федерального закона № 326-ФЗ и пункта 21 формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи, утвержденной приказом № 1417н, территориальный фонд производил расчет пеней в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации по «плавающей» ставке, а не по ставке действующей на день предъявления санкций (Республика Алтай).

15. В нарушение пункта 6 Порядка формирования и предоставления НСЗ на оплату труда врачей № 85н, пункта 16 Правил использования средств НСЗ,

территориальным фондом начислялся штраф в размере 10% на средства нормированного страхового запаса, использованные медицинскими организациями не по целевому назначению (Кабардино-Балкарская Республика).

16. В нарушение пунктов 48, 49 Порядка контроля № 255н территориальный фонд не осуществлял надлежащий контроль в части реализации результатов проверок медицинских организаций, в том числе контроль за возвратом (возмещением) средств, использованных не по целевому назначению, и взыскание их в судебном порядке (Ямало-Ненецкий автономный округ).

VII. Деятельность страховых медицинских организаций (филиалов страховых медицинских организаций)

1. В нарушение пункта 37 Порядка контроля № 231н, обязательные мультидисциплинарные целевые экспертизы качества медицинской помощи не проводились (Филиал ООО «Капитал МС» в Республике Коми).

2. Не выполнялись объемы экспертиз, установленные Порядком контроля № 231н (Мурманский филиал АО Страховая компания «СОГАЗ-Мед», Филиал ООО «Капитал МС» в Республике Коми, Адыгейский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед», Филиал ООО «Капитал Медицинское Страхование» в Ненецком автономном округе, Тульский филиал общества с ограниченной ответственностью «АльфаСтрахования - ОМС», филиал Страховой медицинской компании «АСТРАМЕД-МС» (Акционерное общество) в Челябинской области).

3. В нарушение подпункта 2 пункта 37 Порядка контроля № 231н по законченным случаям с летальными исходами проводилась внеплановая целевая ЭКМП, а не мультидисциплинарная внеплановая целевая ЭКМП на всех этапах оказания медицинской помощи (Адыгейский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»).

4. В большинстве заключений ЭКМП не заполнялись разделы о медицинской документации, периоде оказания медицинской помощи, установленном диагнозе, результатах проведенного контроля, отсутствовали ФИО, подписи эксперта качества медицинской помощи (Адыгейский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»).

5. В нарушение пунктов 30, 37 Порядка контроля № 231н в ряде случаев мультидисциплинарные внеплановые целевые ЭКМП проводились одним экспертом качества медицинской помощи (филиал Страховой медицинской компании «АСТРАМЕД-МС» (Акционерное общество) в Челябинской области).

6. В нарушение пункта 38 Порядка контроля выявлены случаи превышения срока проведения мультидисциплинарной ЭКМП (Тульский филиал общества с ограниченной ответственностью «АльфаСтрахования - ОМС»).

7. Целевые (внеплановые) ЭКМП летальных исходов проводились экспертами качества медицинской помощи по специальности, не соответствующей заболеванию и профилю отделения, в некоторых случаях не проводились совсем (Адыгейский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед», Филиал ООО

«Капитал МС» в Пермском крае, Филиал ООО «Капитал МС» в Республике Коми, Филиал ООО «Капитал МС» в Республике Алтай).

8. В нарушение части 2 статьи 12 Федеральный закон № 59-ФЗ превышались сроки рассмотрения страховой медицинской организацией письменных обращений граждан (Вологодский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед», Тульский филиал общества с ограниченной ответственностью «АльфаСтрахования - ОМС», (филиал Страховой медицинской компании «АСТРАМЕД-МС» (Акционерное общество) в Челябинской области).

9. В нарушение пункта 57 Методических рекомендаций по взаимодействию участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи, направленных письмом Федерального фонда (от 26.02.2021 № 00-10-30-04/1101), страховые представители 2 уровня в проверяемом периоде не доводили результаты опросов до руководителей медицинских организаций, территориального фонда и органов государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья (Вологодский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед», ООО СМО «Восточно-страховой альянс»).

10. Данные электронного журнала обращений застрахованных лиц не соответствовали данным формы отчетности № ЗПЗ (филиал АО «МАКС-М» в городе Черкесске).

11. Выявлены недостоверные данные в форме отчетности № ЗПЗ (филиал Страховой медицинской компании «АСТРАМЕД-МС» (Акционерное общество) в Челябинской области, Филиал ООО «Капитал Медицинское Страхование» в Ненецком автономном округе).

12. Сведения о количестве страховых представителей, содержащиеся в Отчете об информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания медицинской помощи, утвержденного приказом Федерального фонда от 31.12.2013 № 294 «Об утверждении формы отчетности», не соответствуют данным отчетной формы Мониторинга деятельности Контакт-центра страховой медицинской организации (Филиал ООО «Капитал Медицинское Страхование» в Ненецком автономном округе).

13. В нарушение части 6 статьи 14 и части 1 статьи 38 Федерального закона № 326-ФЗ средства, предназначенные для оплаты медицинской помощи и поступающие в страховую медицинскую организацию и являющиеся средствами целевого финансирования, неправомерно направлены на оплату комиссии за ведение банковского счета (Филиал АО «Страховая компания «МАКС-М» в г. Грозный).

14. В нарушение пункта 7.1 договора на оказание и оплату медицинской помощи, страховой медицинской организацией в 2021 году произведена оплата оказанной медицинской помощи медицинским организациям с нарушением установленных сроков (Филиал АО «Страховая компания «МАКС-М» в г. Грозный).

15. В нарушение пунктов 6, 64 Правил ОМС в заявлениях о выборе (замене) страховой медицинской организации, о выдаче дубликата полиса или

переоформления полиса, отсутствует контактная информация застрахованного лица (Филиал ООО «Капитал МС» в Кабардино-Балкарской Республике).

16. В нарушение пункта 2.10 договора о финансовом обеспечении:

- заявки на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи направлялись страховой медицинской организацией в адрес территориального фонда с превышением установленного срока и кратности (ООО СМО «Восточно-страховой альянс», Адыгейский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед», Филиал ООО «Капитал Медицинское Страхование» в Алтайском крае);

17. В нарушение пункта 129 Правил ОМС возврат остатка целевых средств, полученных страховой медицинской организацией на проведение окончательного расчета по счетам медицинских организаций за оказанную медицинскую помощь, осуществлялся в бюджет территориального фонда с нарушением установленных сроков (ООО СМО «Восточно-страховой альянс»).

18. В нарушение пункта 127 Правил ОМС при обращении страховой медицинской организации в территориальный фонд за предоставлением целевых средств, недостающих для оплаты медицинской помощи, из нормированного страхового запаса отчет об использовании целевых средств помесячно за весь период с начала отчетного года по каждой медицинской организации не составлялся (Филиал ООО «Капитал Медицинское Страхование» в Ненецком автономном округе).

19. В нарушение пунктов 132 и 151 Правил ОМС превышались сроки обращения в территориальный фонд за предоставлением целевых средств, недостающих для оплаты медицинской помощи, из нормированного страхового запаса территориального фонда (Филиал ООО «Капитал Медицинское Страхование» в Алтайском крае, Филиал ООО «Капитал Медицинское Страхование» в Ненецком автономном округе).

20. В нарушение пункта 22 раздела IV Порядка контроля № 231н в части случаев повторной госпитализации в условиях круглосуточного стационара внеплановая медико-экономическая экспертиза не проводилась (Нижегородский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»).

21. В нарушение положений главы XV Правил ОМС в части информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания медицинской помощи страховые медицинские организации осуществляют информирование застрахованных лиц не в полном объеме, предусмотренном законодательством (диспансерное наблюдение, информация о наличии свободных мест в круглосуточном стационаре) (Нижегородский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»).

22. В нарушение пунктов 248, 250 и 261 Правил ОМС не обеспечивалось информационное сопровождение застрахованных лиц, с использованием региональной информационной системы обязательного медицинского страхования (далее - информационный ресурс), от выдачи направления на госпитализацию в плановом порядке до госпитализации для оказания специализированной медицинской помощи с учетом сроков ожидания, установленных территориальной

программой (Филиал ООО «Капитал Медицинское Страхование» в Ненецком автономном округе).

23. В нарушение пункта 251 Правил ОМС в информационном ресурсе не формировалась индивидуальная история страховых случаев застрахованного лица с онкологическим заболеванием на основе сведений реестров-счетов на оплату медицинской помощи на всех этапах ее оказания, а также не осуществляется контроль за соблюдением сроков проведения обследования/лечения, возложенный на страхового представителя 3 уровня. (Филиал ООО «Капитал Медицинское Страхование» в Ненецком автономном округе).

24. В нарушение пунктов 18, 35 Порядка контроля № 231н не проводились экспертные мероприятия (МЭЭ и ЭКМП) по случаям с рекомендациями медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, данных при проведении телемедицинских консультаций/консилиумов (Филиал ООО «Капитал Медицинское Страхование» в Ненецком автономном округе).

25. В нарушение пункта 22 Порядка контроля № 231н не проводились внеплановые МЭЭ по случаям несвоевременной постановки на диспансерное наблюдение застрахованных лиц, а также несоблюдения установленной периодичности осмотров граждан, включенных в группы диспансерного наблюдения (Филиал АО «МАКС-М» в г. Самаре).

26. В нарушение пункта 142 Правил ОМС средства на оплату медицинской помощи направлялись в медицинские организации позднее трех рабочих дней со дня получения целевых средств от территориального фонда (Филиал ООО «Капитал МС» в Республике Алтай).

27. В нарушение пункта 23 Порядка контроля № 231н не соблюдены сроки проведения внеплановых МЭЭ по ряду случаев оказания медицинской помощи по профилю «онкология» с применением лекарственной противоопухолевой терапии (Филиал ООО «Капитал МС» в Республике Алтай).

28. В нарушение пункта 132 Правил ОМС страховой медицинской организацией при обращении в территориальный фонд за предоставлением средств для оплаты медицинской помощи из нормированного страхового запаса территориального фонда, не учитывались остатки целевых средств, возвращенные или подлежащие возврату страховой медицинской организацией в территориальный фонд в (за) предшествующие периоды (сформированные в соответствии с подпунктом «г» пунктом 2 части 1 статьи 28 Федерального закона № 326-ФЗ), и задолженность медицинских организаций перед страховыми медицинскими организациями (Филиал ООО «Капитал МС» в Кабардино-Балкарской Республике).

29. В нарушение пункта 2.30 договора о финансовом обеспечении акты сверки расчетов на первое число каждого месяца направлены страховой медицинской организацией в адрес территориального фонда с нарушением сроков (филиал ООО «Капитал Медицинское Страхование» в Кабардино-Балкарской Республике).

30. В нарушение требований Порядка контроля № 231н страховой медицинской организацией не обеспечено проведение экспертных мероприятий в полном объеме и в установленные сроки (филиал АО «МАКС-М» в г. Владимире, Филиал АО «МАКС-М» в г. Самаре, ООО СМО «Восточно-страховой альянс», Тульский филиал общества с ограниченной ответственностью «АльфаСтрахования - ОМС», филиал Страховой медицинской компании «АСТРАМЕД-МС» (Акционерное общество) в Челябинской области).

31. В нарушение статьи 31 Федерального закона № 326-ФЗ не осуществлялась работа по возмещению расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью (филиал АО «МАКС-М» в г. Владимире).

32. Индивидуальное информирование лиц о необходимости прохождения профилактических мероприятий в рамках 2-го этапа диспансеризации не проводилось (филиал АО «МАКС-М» в г. Владимире).

33. В нарушение требований пункта 264 Правил ОМС в течение 2021 года АО «МАКС-М» не осуществлялось публичное информирование застрахованных лиц о целях и задачах профилактических осмотров, в том числе диспансеризации, и порядке их проведения через средства массовой информации (выступления на телевидении и радио) и выступления в коллективах застрахованных лиц (филиал АО «МАКС-М» в г. Владимире).

34. В нарушение пункта 71 Порядка контроля № 231н в Актах МЭЭ отсутствует подпись руководителя медицинской организации, заверенная печатью, а также не соблюдена процедура вручения вторых экземпляров актов МЭЭ руководителю медицинской организации (филиал АО «МАКС-М» в г. Владимире).

35. В отличие от Методических рекомендаций по организации и проведению объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной пациентам с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания (письмо Федерального фонда от 30.08.2018 № 10868/30/и) (далее – Методические рекомендации), по результатам МЭЭ Протоколы выполнения клинических рекомендаций, форма которых определена приложением 3 к Методическим рекомендациям, АО «МАКС-М» не оформляются (филиал АО «МАКС-М» в г. Владимире).

36. В нарушение пункта 251 Правил ОМС, Методических рекомендаций АО «МАКС-М» не формирует на информационном ресурсе территориального фонда индивидуальную историю страховых случаев застрахованного лица с онкологическим заболеванием на основе сведений реестров-счетов на оплату медицинской помощи на всех этапах ее оказания, по случаям подозрения на онкологическое заболевание или установленного диагноза онкологического заболевания, по впервые выявленным заболеваниям или продолжающегося лечения, а также не осуществляет контроль за соблюдением сроков проведения обследования/лечения, возложенный на страхового представителя 3 уровня, отсутствующего в штате страховой медицинской организации ((филиал АО «МАКС-М» в г. Владимире).

37. Сведения о количестве страховых представителей, содержащиеся в Отчете об информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания медицинской помощи, утвержденного приказом Федерального фонда от 31.12.2013 № 294 «Об утверждении формы отчетности», не соответствуют данным отчетной формы Мониторинга деятельности Контакт-центра страховой медицинской организации (Филиал ООО «Капитал Медицинское Страхование» в Ненецком автономном округе).

38. Проведение ЭКМП носит формальный характер, в Актах ЭКМП не отражена оценка своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата (филиал Страховой медицинской компании «АСТРАМЕД-МС» (Акционерное общество) в Челябинской области).

39. В нарушение положений раздела V Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2021 № 2505 за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования произведена оплата случаев оказания медицинской помощи по диагнозам «Психические расстройства и расстройства поведения» и «Консультация и наблюдение по поводу наркомании» (Филиал ООО «Капитал МС» в Республике Алтай).

40. В нарушение статьи 31 Федерального закона № 326-ФЗ, пункта 2.18 договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, в проверяемом периоде меры по возмещению средств, затраченных на оказание медицинской помощи вследствие причинения вреда здоровью застрахованных лиц, не принимались (Кузбасский филиал общества с ограниченной ответственностью «АльфаСтрахование - ОМС»).

41. В нарушение части 7 статьи 40 Федерального закона № 326-ФЗ, пункта 29 Порядка контроля № 231н экспертизу качества медицинской помощи проводили эксперты качества медицинской помощи, исключенные из территориального реестра экспертов качества медицинской помощи (Кузбасский филиал общества с ограниченной ответственностью «АльфаСтрахование - ОМС»).

42. В нарушение Порядка контроля № 231н, не проводились мультидисциплинарные целевые ЭКМП по случаям, подлежащим её проведению, в том числе при летальном исходе (Филиал ООО «Капитал МС» в Республике Алтай).

43. Информация о графике работы, адресах и телефонах пунктов выдачи полисов ОМС на территории субъекта Российской Федерации, указанная в центральном офисе, не соответствует данным, размещенным на официальном сайте (филиал АО «МАКС-М» в г. Владимире)

44. В нарушение пункта 70 Правил ОМС пункт выдачи полисов ОМС не оборудован пандусом, специальными ограждениями и перилами, обеспечивающими беспрепятственное передвижение людей с ограниченными возможностями, в том числе с использованием инвалидных колясок (филиал АО

«МАКС-М» в г. Владимире, Филиал АО «Страховая компания «МАКС-М» в г. Грозный, Иркутский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед», Ханты-Мансийский филиал ООО «АльфаСтрахование – ОМС»).

45. В нарушение пункта 223 Правил ОМС на официальном сайте страховой медицинской организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» требуемая информация размещена не в полном объеме, а также в нарушение пункта 226 Правил ОМС сведения о страховых медицинских организациях и медицинских организациях, участвующих в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации, не актуализировались более трех рабочих дней с момента их изменения (филиал Страховой медицинской компании «АСТРАМЕД-МС» (Акционерное общество) в Челябинской области).

46. В нарушение статьи 41 Федерального закона № 326-ФЗ, пункта 3.3 договора на оказание и оплату медицинской помощи, пункта 75 Порядка контроля № 231н при осуществлении окончательного расчета за оказанную медицинскую помощь с медицинских организаций удерживались суммы штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (филиал Страховой медицинской компании «АСТРАМЕД-МС» (Акционерное общество) в Челябинской области).

47. В нарушение пункта 74 Правил ОМС списание испорченных, недействительных и невостребованных полисов ОМС и временных свидетельств не проводилось (Филиал ООО «Капитал МС» в Архангельской области).