



**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ**

**ЭМШЭЛЭЛГЫН ТАЛААРУЯЛГАТА ДААДХАЛАЙ БУРЯАД
УЛАСАЙГАЗАР ДЭБИСХЭРЭЙ ЖАСА**

П Р И К А З

«10» 07 2020 г.

№ 267

г. Улан-Удэ

О создании Комиссии по решению спорных и конфликтных вопросов, возникающих в ходе контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Бурятия.

В целях совершенствования экспертной работы, регулирования отношений, возникающих в процессе организации проведения экспертиз и реэкспертиз, рассмотрения претензий, протоколов разногласий по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с приказом ФФ ОМС от 28.02.2019г. №36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»

ПРИКАЗЫВАЮ:

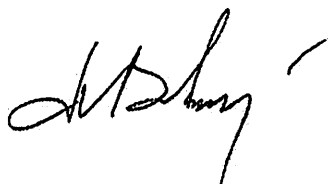
1. Создать Комиссию по решению спорных и конфликтных вопросов, возникающих в ходе контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Бурятия.
2. Утвердить:
 - 2.1. Состав и Положение о работе Комиссии по решению спорных и конфликтных вопросов, возникающих в ходе контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Бурятия (Приложение №1);
 - 2.2. Регламент взаимодействия медицинских организаций, страховых медицинских организаций, Территориального фонда ОМС Республики Бурятия по урегулированию спорных и конфликтных вопросов,

возникающих в ходе контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Бурятия (Приложение №2);

- 2.3. Форму претензии медицинской организации к страховой медицинской организации (Приложение №3);
- 2.4. Форму претензии ТФОМС Республики Бурятия к страховой медицинской организации (Приложение №4).
- 2.5. Форму решения ТФОМС Республики Бурятия к медицинской организации по результатам заседания Комиссии по решению спорных и конфликтных вопросов, возникающих в ходе контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Бурятия (Приложение №5).

3. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Директор



А.М. Варфоломеев

Исп. Иванова Л.Е.
33-40-59

Состав Комиссии по решению спорных и конфликтных вопросов, возникающих в ходе контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Бурятия.

Мижитдоржиева Онон Дамдиновна	Начальник Управления организации ОМС ТФОМС РБ - председатель Комиссии;
Иванова Людмила Евгеньевна	Заместитель начальника Управления организации ОМС ТФОМС РБ - начальник отдела контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС - заместитель председателя Комиссии;
Драгунова - Родионова Татьяна Николаевна	Начальник отдела ОМС и ЗПЗ Управления ОМС ТФОМС РБ - член Комиссии;
Бардонова Елена Геннадьевна	Главный специалист- эксперт отдела контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС Управления организации ОМС ТФОМС РБ - член Комиссии;
Цырендоржиева Тамара Баяндаевна	Главный специалист - эксперт отдела контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС Управления организации ОМС ТФОМС РБ - член Комиссии;
Жалсанов Баир Далаевич	Начальник юридического отдела ТФОМС РБ - член Комиссии;
Ильюшкина Наталья Кимовна	Главный специалист отдела тарифного регулирования и разработки территориальной программы ОМС финансово-экономического Управления ТФОМС РБ - член Комиссии.
Гармаева Марина Арсентьевна	Консультант отдела контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС Управления организации ОМС ТФОМС РБ - секретарь Комиссии.

Положение о работе Комиссии:

Настоящее Положение о Комиссии по решению спорных и конфликтных вопросов, возникающих в ходе контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Бурятия разработано в целях реализации положений Федерального Закона от 29.11.2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019 года № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

Порядок работы Комиссии:

- 1. Заседание Комиссии созывается председателем, который назначает дату и время проведения заседания.**
- 2. Секретарь Комиссии не позднее чем за 3 рабочих дня оповещает о дате и времени проведения заседания членов Комиссии и приглашенных лиц (при наличии).**
 - 2.1 Заседание Комиссии проводится по мере необходимости.**
 - 2.2. Заседание Комиссии считается правомочным, если на нем присутствует не менее половины общего числа её членов.**
 - 2.3. Решение Комиссии считается принятым, если за него проголосовало более половины присутствующих на заседании членов Комиссии.**
 - 2.4. При принятии решений в случае равенства голосов членов Комиссии право решающего голоса имеет Председатель Комиссии.**
 - 2.5. Член Комиссии, несогласный с принятым решением, имеет право в письменной форме изложить свое мнение, которое прилагается к соответствующему Протоколу заседания Комиссии.**
- 3. Заседание Комиссии оформляется протоколом и решением Комиссии, который подписывается председателем и секретарем Комиссии и направляется в страховую медицинскую организацию и в медицинскую организацию.**
- 4. При необходимости к работе Комиссии могут привлекаться специалисты ТФОМС Республики Бурятия, не включенные в состав Комиссии, а также для оказания консультативной помощи при рассмотрении спорного случая приглашены эксперты качества медицинской помощи, включенные в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи Республики Бурятия по соответствующим профилям специальностей.**

Регламент взаимодействия медицинских организаций, страховых медицинских организаций, Территориального фонда ОМС Республики Бурятия по урегулированию спорных и конфликтных вопросов, возникающих в ходе контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Бурятия.

1. Регламент взаимодействия медицинских организаций, страховых медицинских организаций, Территориального фонда ОМС Республики Бурятия по урегулированию спорных и конфликтных вопросов, возникающих в ходе контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Бурятия разработан (далее – Регламент взаимодействия) в соответствии с:

- Федеральным законом от 29.11.2010г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- Порядком, утвержденным приказом ФФОМС от 28.02.2019г. №36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее – Порядок контроля).

2. Настоящий Регламент взаимодействия определяет:

- 2.1 Порядок рассмотрения результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию медицинской организацией.
- 2.2 Порядок обжалования медицинской организацией заключения страховой медицинской организации по результатам контроля путем направления претензии в территориальный фонд обязательного медицинского страхования.
- 2.3 Порядок рассмотрения протокола разногласий медицинской организации и страховой медицинской организации к Территориальному фонду ОМС Республики Бурятия по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

2.1. Порядок рассмотрения результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию медицинской организацией.

2.1.1 Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию осуществляется путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи.

Медико-экономический контроль - установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по

обязательному медицинскому страхованию территориальной программе обязательного медицинского страхования, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.

Медико-экономическая экспертиза - установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.

Экспертиза качества медицинской помощи - выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

2.1.2 Результаты контроля оформляются актами медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи и являются основанием для применения к медицинской организации мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи).

2.1.3 Результаты контроля в форме актов передаются в медицинскую организацию.

2.1.4 Согласно п.78 Порядка контроля (приказ ФФ ОМС от 28.02.2019г. № 36) руководитель медицинской организации или лицо, его замещающее, рассматривает акт от СМО в течение 15 рабочих дней с момента его получения. При согласии медицинской организации с актом и мерами, применяемыми к медицинской организации, все экземпляры актов подписываются руководителем медицинской организации, заверяются печатью, и один экземпляр с планом мероприятий по устранению нарушений в оказании медицинской помощи, выявленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи, направляется в страховую медицинскую организацию/территориальный фонд.

При несогласии медицинской организации с актом подписанный акт возвращается в страховую медицинскую организацию с протоколом разногласий в течение 15 рабочих дней после получения актов экспертиз.

2.1.5 Страховая медицинская организация рассматривает протокол разногласий в течение 10 рабочих дней с момента его получения и направляет в медицинскую организацию результаты рассмотрения протокола разногласий.

2.1.6 В случае не направления медицинской организацией протокола разногласий в страховую медицинскую организацию в течение 15 рабочих дней после получения актов экспертиз, медицинская организация вправе оспорить результаты контроля исключительно в судебном порядке.

2.2 Порядок обжалования медицинской организацией заключения страховой медицинской организации по результатам контроля путем направления претензии в территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

2.2.1 На основании статьи 42 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" решение спорных и конфликтных вопросов, возникающих в ходе контроля между медицинской организацией и страховой медицинской организацией, осуществляется территориальным фондом.

2.2.2 Согласно п. 92 Порядка контроля (приказ ФФ ОМС от 28.02.2018г. № 36) медицинская организация имеет право обжаловать заключение страховой медицинской организации по результатам контроля в течение 15 рабочих дней со дня получения актов страховой медицинской организации путем направления письменной претензии в территориальный фонд обязательного медицинского страхования по рекомендуемому образцу (приложение 7 к Порядку контроля).

К претензии в обязательном порядке прилагаются:

- 1) обоснование претензии;
- 2) перечень вопросов по каждому оспариваемому случаю;
- 3) материалы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности по оспариваемому случаю.

К претензии прилагаются результаты ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности (при наличии).

2.2.3 В случае первичного направления медицинской организацией в страховую медицинскую организацию протокола разногласий к акту, подписанному с возражениями, указанный в настоящем пункте срок обжалования заключения страховой медицинской организации по результатам контроля исчисляется со дня получения от страховой медицинской организации результатов рассмотрения протокола разногласий.

2.2.4 Территориальный фонд в течение 30 рабочих дней с даты поступления претензии рассматривает поступившие от медицинской организации документы и организует проведение повторных медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, которые в соответствии с частью 4 статьи 42 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" оформляются решением территориального фонда с представлением в соответствии с пунктом 61 Порядка контроля акта реэкспертизы и/или экспертного заключения.

2.2.5 По результатам реэкспертизы территориальный фонд в течение 10 рабочих дней после оформления акта повторного контроля принимает решение, в том числе с учетом письменно выраженной позиции страховой медицинской организации (при наличии), и направляет результаты рассмотрения в форме соответствующих актов и решения, подписанного руководителем, в страховую медицинскую организацию и медицинскую организацию.

2.2.6 Решение территориального фонда, признающее правоту медицинской организации, доведенное до страховой медицинской организации в сроки, установленные пунктом 61 Порядка контроля, является основанием для отмены (изменения) решения о неоплате, неполной оплате медицинской помощи и/или об уплате медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное

оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам первичной медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи.

2.2.7 Изменение финансирования по результатам рассмотрения спорных случаев проводится страховой медицинской организацией в срок не позднее 30 рабочих дней (в период окончательного расчета с медицинской организацией за отчетный период).

2.2.8 При несогласии медицинской организации и страховой медицинской организации с решением территориального фонда они вправе обжаловать это решение в судебном порядке.

2.3 Порядок рассмотрения протокола разногласий медицинской организации и страховой медицинской организации к Территориальному фонду ОМС Республики Бурятия по результатам повторного контроля (реэкспертизы) объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

2.3.1 Территориальный фонд на основании части 11 статьи 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" осуществляет контроль за деятельностью страховых медицинских организаций путем организации контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, проводит медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу, экспертизу качества медицинской помощи, в том числе повторно.

2.3.2 Повторные медико-экономическая экспертиза или экспертиза качества медицинской помощи (далее - реэкспертиза) проводятся другим специалистом-экспертом медико-экономическая экспертиза или другим экспертом качества медицинской помощи экспертиза качества медицинской помощи и проводится параллельно или последовательно с экспертизой качества медицинской помощи, осуществляемой страховой медицинской организацией.

2.3.3 Территориальный фонд направляет результаты проведения реэкспертизы, оформленные независимо от основания ее проведения актом повторной медико-экономической экспертизы (актом повторной экспертизы качества медицинской помощи) с приложением, являющимся неотъемлемой частью акта (приложение 4 к Порядку контроля) в страховую медицинскую организацию и медицинскую организацию в срок не позднее 20 рабочих дней после окончания проверки.

2.3.4 Страховая медицинская организация и медицинская организация рассматривают указанные акты в течение 10 рабочих дней с даты их получения от территориального фонда.

2.3.5 Страховая медицинская организация и медицинская организация в случае отсутствия согласия с результатами проведенной реэкспертизы направляют в

территориальный фонд подписанный акт с протоколом разногласий не позднее 10 рабочих дней с даты получения акта.

2.3.6 Территориальный фонд в течение 30 рабочих дней с даты получения рассматривает акт с протоколом разногласий с привлечением страховой медицинской организации и медицинской организации.

2.3.7 По результатам реэкспертизы территориальный фонд в течение 10 рабочих дней после оформления акта повторного контроля принимает решение, в том числе с учетом письменно выраженной позиции страховой медицинской организации (при наличии), и направляет результаты рассмотрения в форме соответствующих актов и решения, подписанного руководителем, в страховую медицинскую организацию и медицинскую организацию.

Протокол и решение Комиссии с подписью председателя и секретаря Комиссии направляются в страховую медицинскую организацию и в медицинскую организацию в течение 5 рабочих дней с даты принятия решения.

2.3.8 В соответствии с частью 14 статьи 38 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", территориальный фонд в случае выявления нарушений договорных обязательств со стороны страховой медицинской организации при возмещении ей затрат на оплату медицинской помощи уменьшает платежи на сумму выявленных нарушений или неисполненных договорных обязательств.

2.3.9 Территориальный фонд при выявлении нарушений в организации и проведении медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи направляет в страховую медицинскую организацию претензию, которая содержит следующие сведения о проведенном контроле за деятельностью страховой медицинской организации:

- 1) наименование комиссии территориального фонда;
- 2) дату (период) проверки страховой медицинской организации;
- 3) состав комиссии территориального фонда;
- 4) основание для проведения контроля;
- 5) выявленные по результатам реэкспертизы факты неисполнения страховой медицинской организацией договорных обязательств по организации и проведению контроля;
- 6) ответственность страховой медицинской организации за выявленные нарушения;
- 7) приложения (копии актов повторной медико-экономической экспертизы/повторной экспертизы качества медицинской помощи).

Претензия подписывается директором территориального фонда. Рассмотрение претензии и информирование территориального фонда о результатах ее рассмотрения осуществляется страховой медицинской организацией в течение 30 рабочих дней с даты получения претензии.

От _____
(наименование медицинской организации)

ПРЕТЕНЗИЯ

В _____
(Территориальный фонд обязательного медицинского страхования)

Считаю необоснованной сумму взаиморасчета, определенную страховой
медицинской организацией _____

(наименование страховой медицинской организации)

согласно акт(а, -ов) медико-экономической экспертизы/экспертизы качества
медицинской помощи N __ от 20__ г. специалиста-эксперта/эксперта качества
медицинской помощи

_____,
(Ф.И.О.)

по следующим причинам:

1. N полиса обязательного медицинского страхования _____

Сумма взаиморасчета _____

Обоснование несогласия _____

2. _____

3. _____

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

Приложения:

1) Материалы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской
деятельности по оспариваемому случаю на ___ лист(е, -ах);

2) Перечень вопросов по каждому оспариваемому случаю;

3) _____

Руководитель медицинской организации _____
(подпись, Ф.И.О.)

"__" _____ 202__ г.

М.П.

Претензия № ___ от __. __. 2020г.

В _____

(наименование филиала страховой медицинской организации)

Комиссия по решению спорных и конфликтных вопросов, возникающих в ходе контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Бурятия (далее – Комиссия по решению спорных вопросов) рассмотрела результаты повторной экспертизы (реэкспертизы) и результаты экспертизы качества медицинской помощи, проведенной

(наименование филиала страховой медицинской организации)

за _____ 2020 года.

Дата проведения заседания: _____

Состав комиссии: Председатель : _____

Присутствовали члены комиссии: _____

Секретарь: _____

Реэкспертиза осуществлялась на основании статьи 40 ФЗ № 326 от 29.11.2010г. «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», приказа ФФОМС № 36 от 28.02.2019г. «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС» и приказа директора ТФОМС РБ № 23 от 09.01.2020 г. «О проведении проверки страховой медицинской организации путем проведения повторных медико-экономических экспертиз, экспертиз качества медицинской помощи».

При проведении повторной экспертизы (реэкспертизы) по результатам медико-экономической экспертизы / экспертизы качества медицинской помощи, проведенной _____

(наименование филиала страховой медицинской организации)

В _____

(наименование медицинской организации)

Специалистом-экспертом / экспертом качества медицинской помощи выявлен ___ случай (-я,-ев) нарушений по коду дефекта _____ Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи выявлены факты ненадлежащего выполнения _____

(наименование филиала страховой медицинской организации)

договорных обязательств по организации и проведению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи страховой медицинской организацией по пункту 11.1 - (не выявление дефектов, соответствующих перечню оснований для отказа, уменьшения оплаты

медицинской помощи, установленному в порядке организации контроля) / п.11.5 (необоснованное снятие с медицинских организаций денежных средств по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования) согласно договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования от 01.01.2020 года по __ случаю (-ям) в _____

(наименование медицинской организации)

Комиссией по решению спорных вопросов вынесено решение:

_____ (наименование филиала страховой медицинской организации)

При выявлении нарушения по п.11.1

Перечислить за счет собственных средств в бюджет ТФОМС РБ сумму финансовых санкций в размере _____ руб. (основание: Акт реэкспертизы по результатам МЭЭ/ЭКМП № _____ от _____.2020г.).

Реквизиты для возврата в бюджет ТФОМС РБ денежных средств по результатам реэкспертизы:

Получатель: УФК по Республике Бурятия

(Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Бурятия, л/с 04025025770)

ИНН 0323029832

КПП 032301001

р/с 40101810600000010002

Отделение - НБ Республика Бурятия г. Улан-Удэ

БИК 048142001

ОКТМО 81701000

КБК 395 116 07090 09 0000 140

Назначение платежа:

«Штраф по результатам реэкспертизы согласно претензии от _____.2020г.

При выявлении нарушения по п.11.5:

1. Восстановить на счет _____ отдельным (наименование медицинской организации)

платежным поручением необоснованно удержанную сумму в размере _____ руб. (основание: Акт реэкспертизы по результатам МЭЭ/ЭКМП № _____ от _____.2020г.).

2. Представить в ТФОМС Республики Бурятия копию платежного поручения о восстановлении денежных средств в _____

(наименование медицинской организации)

Срок исполнения – 30 рабочих дней с даты получения претензии.

Приложение:

1. Решение заседания Комиссии по решению спорных и конфликтных вопросов, возникающих в ходе контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Бурятия № _____ от _____.2020 г.

2. Акт реэкспертизы по результатам МЭЭ/ЭКМП № _____ от _____.2020г.

Директор

Утверждена
приказом ТФОМС РБ
от 10.07.2020г. №267

Руководителю
медицинской организации

РЕШЕНИЕ

Комиссия по решению спорных и конфликтных вопросов, возникающих в ходе контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Бурятия (далее – Комиссия по решению спорных вопросов) рассмотрела претензию от _____

(наименование медицинской организации)

или протокол разногласий от _____

(наименование филиала страховой медицинской организации)

по несогласию с результатами повторной медико-экономической экспертизы / повторной экспертизы качества медицинской помощи (реэкспертизы МЭЭ/ЭКМП), проведенной ТФОМС Республики Бурятия по поводу _____

(указать поводы проведения – обращение застрахованного лица, по поручению и др.)

проведённой _____

(наименование филиала страховой медицинской организации)

в _____

(наименование медицинской организации)

Дата проведения заседания комиссии: __. __. 2020 г.

Состав комиссии: Председатель – _____

Присутствовали члены комиссии: _____

Секретарь: _____

Повторная экспертиза (реэкспертиза) осуществлялась на основании статьи 40 ФЗ № 326 от 29.11.2010г. «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», приказу ФФ ОМС от 28.02.2019г. № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС» и приказу директора ТФОМС РБ от 09.01.2020 г. № 23 «О проведении проверки страховой медицинской организации путем проведения повторных медико-экономических экспертиз, экспертиз качества медицинской помощи».

При проведении повторной экспертизы (реэкспертизы) по результатам медико-экономической экспертизы / экспертизы качества медицинской помощи выявлены нарушения, допущенные _____, но не выявленные _____

(наименование медицинской организации)

наименование филиала СМО

в _____ случае при оказании _____

(условия оказания мед. помощи)

по п. ____ Приложения № 33 к Тарифному соглашению об оплате медицинской помощи в системе ОМС Республики Бурятия от 01 июля 2019 года по Акту реэкспертизы по результатам МЭЭ/ЭКМП № _____ от _____.2020г.

Комиссией по решению спорных вопросов вынесено решение:

(наименование медицинской организации)

следует возвратить в бюджет Территориального фонда ОМС Республики Бурятия денежные средства по ____ случаю (-ям) на сумму _____ руб. (основание: Акт реэкспертизы по результатам МЭЭ/ЭКМП № _____ от _____.2020 г.)

Реквизиты для возврата в бюджет ТФ ОМС РБ денежных средств по результатам реэкспертизы:

Получатель: УФК по Республике Бурятия (Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Бурятия, л/с 04025025770)

ИНН 0323029832

КПП 032301001

р/с 40101810600000010002

Отделение - НБ Республика Бурятия г. Улан-Удэ

БИК 048142001

ОКТМО 81701000

КБК 395 113 029 990 900 00130

Назначение платежа: Возврат средств за мед. услуги ненадлежащего качества согласно письму ТФОМС РБ от _____.2020г. согласно Решения № ____ от _____.2020 г.

Срок исполнения – 30 рабочих дней с даты получения претензии.

Приложения: 1. Протокол заседания Комиссии по решению спорных и конфликтных вопросов, возникающих в ходе контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Бурятия от _____.2020г.

2. Акт реэкспертизы по результатам МЭЭ/ЭКМП № _____ от _____.2020 г.

Директор