

Государственное учреждение
**Территориальный фонд
обязательного
медицинского страхования
Вологодской области**

Главным врачам
медицинских организаций

Тепличный мкр-н, 8-а, г. Вологда
160017, тел. 71-77-05, факс 71-38-
50,

e-mail: postmaster@volmed.ru

ОКПО 22754969

Л.В.О. 2012 № 03-1/1305

На _____ от _____

«О порядке обжалования
медицинской организацией
заключения страховой медицинской
организации по результатам контроля
объемов, сроков, качества и условий
предоставления медицинской помощи
по обязательному медицинскому
страхованию»

Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (ОМС) производится в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» путем проведения специалистами-экспертами страховых медицинских организаций:

- медико-экономического контроля счетов и реестров,
- медико-экономической экспертизы,
- экспертизы качества медицинской помощи (путем привлечения экспертов качества медицинской помощи, входящими в Реестр экспертов качества медицинской помощи по Вологодской области).

Результаты контроля в форме Актов (2 экземпляра) в течение 5 рабочих дней передаются в медицинскую организацию.

Руководитель медицинской организации или лицо, его заменяющее, рассматривает Акт 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 направляется в страховую медицинскую организацию.

При несогласии медицинской организации с Актом, подписанный Акт возвращается в страховую медицинскую организацию с протоколом разногласий.

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 претензии в территориальный фонд ОМС по рекомендуемому образцу (приложение к настоящему порядку).

Претензия оформляется в письменном виде и направляется вместе с необходимыми материалами в территориальный фонд ОМС.

Медицинская организация обязана предоставить в территориальный фонд:

- а) Акт проверки медицинской организации;
- б) обоснование претензии;
- б) перечень вопросов по каждому оспариваемому случаю;
- в) материалы внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи в медицинской организации.

Территориальный фонд ОМС 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 оформляются Решением территориального фонда.

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

Территориальный фонд ОМС направляет решение по результатам реэкспертизы в страховую медицинскую организацию и в медицинскую организацию, направившую претензию в территориальный фонд ОМС.

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).

При несогласии медицинской организации с решением территориального фонда она вправе обжаловать это решение в судебном порядке.

Приложение: Претензия на 1 листе.

Заместитель директора
Лукина
(8172) 71-59-84



Г.В. Клепенкова