

### Вопросы к встрече с руководством ФФОМС

№	Вопрос	Суть вопроса	Компания
<b>1.</b>	<b>Финансирование СМО.</b>		
<b>1.1.</b>	<b>Формирование СМО собственных средств</b>	<p>Действующими в сфере ОМС нормативными правовыми актами, включая типовой договор о финансовом обеспечении ОМС, вступивший в действие с 01.01.2012 г предусмотрена возможность формирования СМО собственных средств (средств РВД) за счет ряда дополнительных источников, а именно:</p> <p>П. 2.9.5. Типового договора.</p> <p>«средства, образовавшиеся в результате экономии рассчитанного для страховой медицинской организации годового объема средств, определяемого исходя из количества застрахованных лиц в страховой медицинской организации и дифференцированных подушевых нормативов, в размере 10 процентов направляются страховой медицинской организацией на формирование собственных средств после подписания с территориальным фондом акта сверки расчетов по итогам года в течение __ рабочих дней года, следующего за отчетным»;</p> <p>П.2.9.7.Типового договора</p> <p>«средства, являющиеся вознаграждением за выполнение условий, предусмотренных настоящим договором, с учетом показателей согласно приложению N 1 к настоящему договору, в течение __ рабочих дней года, следующего за отчетным»;</p> <p>Однако, возможность формирования РВД за счет данных источников практически исключается в тех регионах, где у СМО имеется задолженность по оплате медицинских услуг, которая сформировалась в предыдущие периоды и поддерживается в настоящее время за счет завышенного уровня тарифов в системе ОМС.</p> <p>При этом ТФОМС эту задолженность как свою не признает: формально по актам сверки взаиморасчетов между СМО и ТФОМС сальдо «нулевое», у ТФОМС перед СМО задолженность отсутствует, исполнение бюджетов ТФОМС по итогам года может не иметь дефицита.</p> <p>Уровень тарифов в системе ОМС утверждается коллегиально соответствующими комиссиями, а не ТФОМС. В комиссиях преобладает представители МО, которые лоббирует повышенный уровень тарифов. На понижение тарифов, как политически непопулярное решение, не идут и представители администрации субъекта, входящие в состав комиссий. Поэтому предложения СМО о понижении тарифов, как правило, не проходят.</p> <p>Комиссии не являются юр.лицами, к которым можно предъявит претензии, и формально ответственности за то, что уровень тарифов превышает стоимость ТПОМС никто не несет.</p> <p>Если эта проблема не будет решена, то возможность</p>	«РГС-Медицина»

**Приложение № 2-1**

к заседанию Президиума МСМС № 28 от 15 июня 2012 г.

		<p>формирование РВД от этих законодательных источников, будет абсолютно формальной.</p> <p>Любые усилия СМО, направленные на сдерживание объемов потребления медицинской помощи, увеличение объемов проводимых экспертиз будут лишь способствовать погашению сформировавшейся задолженности, а не формирования экономии по итогам года.</p> <p>Формальной в таких условиях и является возможность вознаграждения СМО из средств НСЗ ТФОМС. Как правило, при наличии большой задолженности по оплате медицинских услуг у СМО перед ЛПУ, СМО регулярно обращаются в ТФОМС за субвенциями и остатки НСЗ в ТФОМС минимальные.</p> <p>Разделом 11 статьи 36 Федерального закона от 29.11.2010 г № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» установлено «Стоимость утвержденной территориальной программы ОМС не может превышать размер бюджетных ассигнований на реализацию территориальной программы ОМС, установленный законом о бюджете территориального фонда». Таким образом, законом защищены фонды. Необходимо законодательно установить, что тарифы на медицинскую помощь должны быть сбалансированы со стоимостью программы ОМС и могут повышаться только после повышения подушевого норматива финансирования программы.</p>	«СОГАЗ-МЕД»
1.2.	Новая формула по расчету РВД.	<p>ФФОМС в письме 02.02.12 г. изобрел новую формулу по расчету РВД. В Правилах ОМС – формула другая.</p> <p>Ранее большинство территорий считали РВД исходя из общего ПН. Сейчас ФФОМС предлагает формулу, по которой РВД + к целевым средствам.</p> <p>В Брянске КРУ проверил ТФОМС и насчитал всем СМО вернуть деньги – для нашего филиала 156 т.р.</p>	«АльфаСтрахование-МС»
1.3.	Порядок определения дифференцированных подушевых нормативов для СМО.	<p>Пунктом 2 раздела 1 статьи 6 Федерального закона «об обязательном медицинском страховании в РФ» к полномочиям РФ в сфере ОМС, переданным для осуществления органам государственной власти субъектов РФ отнесено утверждение дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения ОМС на территориях субъектов РФ в соответствии с Правилами ОМС. Порядок утверждения для СМО дифференцированных подушевых нормативов утвержден разделом X Правил ОМС. Пунктом 153 указанного порядка установлено соответствующее распределение численности застрахованных лиц на определенные половозрастные группы. Также установлено, что при расчете дифференцированного подушевого норматива в субъекте РФ допустимо использовать распределение численности на половозрастные группы с учетом дифференциации в оказании медицинской помощи. Но в субъектах принимают иной, чем установлен Правилами ОМС порядок расчета дифференцированного подушевого норматива (по муниципальным образованиям, с учетом расходов за аналогичный период предыдущего года, по одной и той же половозрастной группе устанавливаются различные для СМО дифференцированные подушевые</p>	«СОГАЗ-МЕД»

		<p>нормативы. Таким образом, однообразного понимания Порядка расчета дифференцированного подушевого норматива нет.</p> <p>Кроме того, законодательством не предусмотрено обязанности фондов предоставлять СМО не только размер утвержденного дифференцированного подушевого норматив и сумму средств, рассчитанную исходя из дифференцированного подушевого норматива и среднемесячной численности застрахованных лиц, но и расчет дифференцированного подушевого норматива, что снижает прозрачность финансирования ОМС.</p>	
<b>2.</b>	<b>Штрафные санкции в системе ОМС.</b>		
<b>2.1.</b>	<p>Возможность оплаты штрафных санкций МО из средств ОМС.</p>	<p>В настоящее время в системе ОМС назревает большая проблема по уплате медицинскими организациями (МО) штрафных санкций, предъявляемых СМО при осуществлении контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи.</p> <p>В отличие от финансовых санкций, которые СМО может самостоятельно удерживать из целевых средств, направляемых в МО на оплату медицинских услуг, штрафные санкции МО должны перечислять сами на счет СМО.</p> <p>Однако, источника средств для уплаты штрафных санкций в ЛПУ, как правило, нет:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- платные услуги и ДМС для большинства ЛПУ, особенно ЦРБ, не актуальны;</li> <li>- статьи затрат по ОМС в рамках базовой программы (5 статей) не позволяют использовать средства ОМ для оплаты штрафов.</li> </ul> <p>Для многих МО возможность оплаты штрафных санкций в таких ситуациях – это обращение к собственнику для получения необходимого объема дополнительных средств, а собственник, как правило, принимает такое решение только на основании решения суда.</p> <p>В результате большинство МО отказываются самостоятельно перечислять штрафные санкции на счет СМО.</p> <p>Судебные процессы для СМО с учетом большого объема проводимых экспертиз, количества МО, входящих в реестр МО на территории субъекта - это затратный процесс не только по времени, но и по ресурсам.</p> <p>Один из возможных вариантов разрешения ситуации (пример Саратова) принятие тарифной комиссией решения о возможностях оплаты штрафных санкций из средств ОМС.</p>	«РГС-Медицина»
<b>2.2.</b>	<p>Порядок взыскания штрафных санкций с МО.</p>	<p>Нужны "рычаги" воздействия на МО по своевременному перечислению штрафных санкций на счет СМО или возможность для СМО осуществлять эту процедуру самостоятельно через удержания в случае, если МО по каким-то причинам не может заплатить.</p> <p>Тема: Об установлении штрафных санкций к медицинским организациям</p> <p>Федеральным законом от 29.11.2010г. №326-ФЗ, приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2010г. №230 определены обязательства страховой медицинской</p>	<p>«АльфаСтрахование-МС»</p> <p>«Медика-Востоку»</p>

<p>организации по проведению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, следствием которых является неоплата или неполная оплата медицинской организации затрат на оказание медицинской помощи, а также уплата медицинской организацией штрафа.</p> <p>При этом Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) утвержден приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2010г. №230 без определения их размера. Размер обязательств медицинской организации по данному Перечню определен письмом Федерального фонда ОМС от 15.03.2011г. №1257/30-4/и, но носит возможный, примерный характер (последние абзацы писем Федерального фонда ОМС от 15.03.2011г. №1257/30-4/и, от 04.04.2011г. №1263/30-5).</p> <p>Предполагаю, что рекомендательный характер приказа обозначен намеренно с целью апробации. Но практика его применения в связи с отсутствием четких разъяснений привела к разнообразию его применения во всех регионах.</p> <p>В Красноярском крае Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) остался без изменений, но объем и условия к уменьшению оплаты изменены в 3-х позициях.</p> <p>На сегодняшний день СМО, работающие на территории Красноярского края, включая МСК «Медика-Восток», при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяет к медицинским организациям санкцию только по неоплате или неполной оплате затрат на оказание медицинской помощи.</p> <p>Применение санкций к медицинским организациям в виде отказа или уменьшения оплаты медицинской помощи в Красноярском крае определено Тарифным соглашением системы ОМС Красноярского края на 2012 год, частью которого является Положение о порядке оплаты медицинской помощи.</p> <p>Ссылка на Тарифное соглашение имеется в договорах между СМО и МО, и между ТФОМС и СМО.</p> <p>Штрафные санкции пока на территории края не применяются, хотя прописаны в Тарифном соглашении.</p> <p>В Новосибирской области Министром здравоохранения Новосибирской области, представителем страховых медицинских организаций, Председателем общественной организации «Новосибирская областная ассоциация врачей», директором Территориального фонда ОМС Новосибирской области подписано Соглашение о применении санкций в системе ОМС Новосибирской области. Размер неоплат значительно снижен, штрафы практически исключены, на часть санкций наложен «мораторий» до принятия соответствующих подзаконных актов. На основании данного Соглашения страховые медицинские организации должны будут заключить соглашения (договоры) с медицинскими организациями.</p> <p>Целесообразно также отметить, что практика применения оснований для отказа или уменьшения оплаты медицинской помощи по результатам экспертизы</p>
--

		<p>с учетом проведения последующих реэкспертиз показала значительное увеличение количества выявляемых дефектов (которые ранее страховыми медицинскими организациями прощались, например, одного типа) и, соответственно, значительное увеличение сумм, подлежащих удержанию. По некоторым медицинским организациям до 25% месячного финансирования. Это без применения штрафов.</p> <p>В связи с вышеизложенным, а также руководствуясь пунктом 2 ст. 3 ФЗ от 29.11.2010г. №326-ФЗ об единообразии в применении настоящего Федерального закона (особенно в части ст. 41), пунктом 7 ст.5 этого же ФЗ о полномочиях РФ в части установления ответственности участников ОМС, и учитывая, что взаимные обязательства и ответственность медицинской и страховой медицинской организаций предусматриваются заключенным между ними договором на оказание и оплату медицинской помощи, считаю целесообразным утверждение перечня и размера санкций, включая штрафы, в виде приложения к типовому договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, утвержденному приказом Минздравсоцразвития от 24.12.2010г. №1184н. При этом необходимо проанализировать данный перечень и размеры санкций и штрафов с точки зрения разумности, посильности для медицинских организаций, влияния их на обеспеченность тарифа медицинской помощи для следующих пациентов, а также с определением источника и порядка уплаты штрафов.</p>	
<p><b>2.3.</b></p>	<p>Применение штрафов к СМО</p>	<p>Штрафы СМО – привести в соответствие с КоАП (штраф – административное наказание) и увязать с ФСФР.</p> <p>Предъявление к СМО финансовых санкций за счет собственных средств СМО и уменьшение финансирования по результатам реэкспертизы, проведенной ТФОМС, по коду 4.1. (непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин – приказ ФФОМС № 230 от 01.12.2010 г.) является необоснованным, так как отсутствие в медицинских организациях на период проведения реэкспертизы первичной медицинской документации (амбулаторной карты) не зависит от специалистов СМО. На период проведения МЭЭ специалистами СМО документация медицинской организацией представлялась. Доказать данный факт можно было бы копиями, но копировать 100% экспертируемых медицинских карт просто невозможно и нерационально.</p> <p>Предъявление к СМО финансовых санкций за счет собственных средств СМО и уменьшение финансирования по результатам медико-экономической экспертизы (реэкспертизы), проведенной ТФОМС, по коду 4.6.1 (включение в счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов посещений, не подтвержденных первичной медицинской документацией – приказ ФФОМС № 230 от 01.12.2010 г.) является в ряде случаев также необоснованным по следующей причине:</p>	<p>«АльфаСтрахование-МС»</p> <p>«Астра-Металл»</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>на период проведения МЭЭ специалистами СМО медицинской организацией представлялась документация, но вместо амбулаторной карты представлялся дубликат карты (или наоборот) по обоснованным причинам. Специалисты ТФОМС при проведении реэкспертизы могли проверить вместо амбулаторной карты дубликат и поэтому не увидели записи по конкретным посещениям. Доказать данный факт можно было бы также копиями, но копировать 100% экспертируемых медицинских карт просто невозможно и нерационально.</li> </ul> <p><b>Предлагаем п.11.1 Перечня санкций</b> за нарушение договорных обязательств по договору о финансовом обеспечении ОМС (приложение 3), утвержденного приказом Минздравсоцразвития № 1030н от 09.09.2011 г., дополнить словами «за исключением п. 4.1 и п.4.6.1 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), утвержденного приказом ФФОМС № 230 от 01.12.2010 г.».</p>	
<b>3.</b>	<b>Рейтинги СМО</b>		
<b>3.1.</b>	Устранение прямой зависимости от количества экспертиз.	<p>Рейтинг СМО – по методике расчета показателей оценки СМО наибольший балл присваивается при достижении наибольшего показателя, что стимулирует гонку по экспертизе. Предлагается определить коридор от объема, регламентированного Порядком контроля.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>При определении рейтинга по субъектам РФ предусмотреть значение показателей</li> <li>только по субъекту РФ – (показатель 3 – обеспеченность специалистами-экспертами</li> <li>показатели 4,5,6 – проведение экспертиз</li> <li>показатель 9 – информирование</li> <li>показатель 13 – доступность в получении информации)..</li> </ul>	«Медика-Восток»
<b>3.2.</b>	Показатели деятельности	Разработка единого подхода к подведению итогов по показателям деятельности СМО для выплаты вознаграждения за счет средств НСЗ.	«СОГАЗ-МЕД»
<b>4.</b>	<b>Информационные технологии в ОМС</b>		
<b>4.1.</b>	Реестры застрахованных	<p>Основания, легитимность, механизм осуществления и последствия чистки реестра застрахованных. Значительное количество граждан не получило паспорт гражданина РФ по религиозным и иным убеждениям. Вместе с тем, данные лица являются гражданами РФ (что подтверждается, в том числе, регистрацией по месту жительства до 06.02.1992, вкладышем или соответствующими отметками в паспорте гражданина СССР). Учитывая, что данные лица, как граждане РФ, в соответствии со ст. 10 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» имеют право на получение бесплатной медицинской помощи за счет средств ОМС, исключение их из числа застрахованных приводит к нарушению их прав.</p> <p>Кроме того, большое количество граждан (пенсионеры, дети до 7 лет и т.д.) получали ранее, в том числе до 2000 года, полисы без указания срока действия или на значительный срок (дети – до наступления совершеннолетия). В соответствии со ст. 51 Федерального</p>	«РОСНО-МС», «Ингосстрах»

		<p>закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» полисы, выданные гражданам до 01.01.2011, являются действующими. При этом законом не установлена дата, после которой данные полисы должны быть выданы. В этой связи, признание недействительными полисов, выданных застрахованным ранее 2000 года, также ограничивает права данных лиц.</p> <p>В Челябинской области полисы, изготовленные по Паспортам СССР, не удалены из регионального сегмента застрахованных лиц, но исключаются из актов сверки численности, соответственно, уменьшается финансирование СМО. Однако застрахованные получают медицинские услуги, которые затем предъявляются к оплате в СМО.</p>	«Астра-Металл»
4.2.	Использование усиленной квалифицированной электронной подписи на базе ПО VipNet	<p>Приказом федерального фонда ОМС от 29.04.2011 г. № 89 утвержден Регламент предоставления услуг Удостоверяющего центра электронной цифровой подписи автоматизированных информационных систем единого информационного пространства системы обязательного медицинского страхования (Распределенная схема обслуживания), присоединяясь к которому страховая медицинская организация вынуждена будет приобретать сертификат ключа усиленной квалифицированной подписи и дополнительное ПО криптографической защиты информации Крипто Про.</p> <p>Такой массовый переход на приложения других разработчиков повлечет за собой серьезные затраты на внедрение и обучение пользователей всех организаций, сферы ОМС, также потребуются переаттестации всех ИСПДн ТФОМС, МО и СМО.</p>	«СМКРЕСО-Мед»
4.3.	Информационное взаимодействие по мед. экспертизе	Нет единого порядка информационного взаимодействия при проведении контроля качества и объемов медицинской помощи. ТФОМСы разрабатывают свои нормативные акты, вносят изменения, которые необходимо вносить в сжатые сроки.	«Астра-Металл»
5.	<b>МЭК, МЭЭ, ЭК проблемы и вопросы</b>		
5.1	Порядок учета реэкспертизы.	На каждой территории у ТФОМСов свои представления об этой процедуре: кто-то берет штрафы, кто-то недоплачивает через понижающий коэффициент на подушевой норматив.	«АльфаСтрахование-МС» «Медика-Восток» «АК БАРС-МЕД»
5.2.	Организационно-технические вопросы:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- может ли считаться выполненным стандарт лечения при наличии информированного добровольного согласия на оплату пациентом медицинских услуг, предусмотренных стандартами медицинской помощи, при проведении контроля качества медицинской помощи в рамках программы модернизации здравоохранения;</li> <li>- каким образом медицинским организациям следует учитывать результаты проведения контроля качества, сроков, объемов и условий оказания медицинской помощи, оказанной в рамках программы модернизации здравоохранения, в части средств, полученных за счет бюджета ФФОМС и израсходованных до проведения контроля на предусмотренные законодательством цели.</li> </ul>	«АК БАРС-МЕД»
5.3.	Сохранение анонимности эксперта и ЭКМП вне стен МО	Предлагаем инициировать принятие дополнительных подзаконных документов или внесение дополнений в нормативную документацию: ввести обязанность МО	«Астра-Металл»

**Приложение № 2-1**

к заседанию Президиума МСМС № 28 от 15 июня 2012 г.

		<p>предоставлять медицинскую документацию эксперту СМО для проведения экспертизы вне стен МО, реализуя право эксперта на сохранение анонимности.</p> <p>В сфере ОМС в законодательстве существует ряд пробелов (нечетких формулировок) относительно обязанностей участников ОМС. В частности, страховые медицинские компании (СМО) согласно приказу ФФОМС № 230 и ФЗ № 326-ФЗ обязаны проводить экспертный контроль объемов и качества медицинской помощи, а медицинские организации (МО) обязаны предоставлять всю необходимую информацию. Однако, не смотря на право эксперта качества на сохранение анонимности / конфиденциальности, существуют трудности с проведением экспертизы качества медицинской помощи вне стен лечебного учреждения из-за отказа МО выдачи медицинской документации. Никакие приказы и законы не устанавливают обязанность МО выдать первичную медицинскую документацию для проведения ЭКМП вне стен лечебного учреждения, а у СМО нет права без согласия руководства МО потребовать документацию или в противном случае применить санкции. Таким образом, создаются условия для невозможности СМО выполнения обязанностей по контролю качества медицинской помощи.</p> <p><u>Предлагаем п. 52 приказа ФФОМС от 01.12.2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» дополнить:</u></p> <p>«Для проведения экспертизы качества медицинской помощи вне стен медицинской организации, реализуя право экспертов качества медицинской помощи на сохранение анонимности (п. 81 раздела XIII настоящего Порядка), медицинская организация выдает медицинскую документацию под ответственность специалистов страховых медицинских организаций на срок: – амбулаторные карты – не более 10 дней; – истории болезни - не более 21 дня. За превышение установленных сроков возврата медицинской документации СМО несет ответственность в соответствии с договором. Возврат документации оформляется актом, где указывается номер медицинского документа, Ф.И.О. больного, дата возврата документации».</p>	
<b>6.</b>	<b>Разное (Вопрос-Ответ)</b>		
<b>6.1.</b>	<p>Момент страхования граждан, сведения о которых направлены ТФОМС в СМО в соответствии с ч. 6 ст. 16 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском</p>	<p>В настоящее время нет единой позиции среди ТФОМС с какого момента численность данных лиц должна учитываться при расчете дифференцированных подушевых нормативов – с момента получения данных сведений от ТФОМС или с момента выдачи полиса застрахованному лицу. При этом с момента получения сведений и до выдачи полиса застрахованному лицу может пройти значительное время (до нескольких месяцев), в течение которого застрахованное лицо может</p>	«Ингосстрах»

Заседание Президиума МСМС № 28  
15 июня 2012 года.

**Приложение №2-1**



	страховании в РФ».	<p>получать медицинскую помощь. Оказанная медицинская помощь должна быть оплачена страховой медицинской организацией, в которой данное лицо застраховано. Однако, если численность застрахованных в описанной ситуации учитывается только с момента выдачи полиса, то страховая медицинская организация не получит финансовое обеспечение на оплату данной медицинской помощи в составе дифференцированных подушевых нормативов.</p> <p>Кроме того, в соответствии с ч. 7 ст. 16 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» страховая медицинская организация должна уведомить застрахованное лицо о факте страхования в течение 3 дней с момента получения сведений о нем от ТФОМС. Затраты на такое уведомление в расчете на одно лицо в значительной степени превышают средства на ведение дела, которые СМО получит за данное лицо за один месяц. В этой связи, в случае если численность застрахованных в описанной ситуации учитывается только с момента выдачи полиса, то СМО будет нести затраты, некомпенсируемые в течение длительного времени.</p>	
6.2.	Застрахованные от 14 до 18 лет.	<p>Регистрация в качестве застрахованного лица граждан от 14 до 18 лет. В соответствии с Правилами ОМС они обязаны предъявить только свой паспорт, без законных представителей.</p> <p>Многие граждане, достигшие 16 лет, являются полностью дееспособными, так как работают по трудовому договору и т.п., а значит они совершеннолетние. Требовать присутствие их законных представителей нет необходимости, но при проверках ТФОМС работы СМО, требуют данные законных представителей, штрафуют за их отсутствие.</p>	<p>«СОГАЗ-МЕД»</p> <p>СМК «Астра-Металл»</p>
6.3.	БСО	<p>Порядок хранения БСО в части требований установки видеонаблюдения и т.д.</p> <p>Требование «Транспортировка БСО должна быть с охраной» слишком преувеличено. Если взять во внимание работу при выездах на дом к людям с ограниченными возможностями (выдача в месте нахождения застрахованного лица) или работу мобильных пунктов выдачи полисов, то нахождение охраны возле каждого бланка полиса невозможно.</p> <p>Учет БСО происходит в бухгалтерии страховой компании, согласно Приказу Минфина России от 29.10.2010 № 193н. В обособленных подразделениях и пунктах выдачи полисов страховой компании учет БСО ведется, согласно внутреннему документообороту страховой компании (порядку учета бланков временных свидетельств). На некоторых территориях ТФОМС требует ведение учета бланков временных свидетельств, согласно порядку, разработанному ТФОМС.</p>	<p>«СОГАЗ-МЕД»</p> <p>«Астра-Металл»</p>
6.4.	Участие СМО в	Пилотные проекты в Липецкой, Кировской и	«АльфаСтрахование-МС»

**Приложение № 2-1**

к заседанию Президиума МСМС № 28 от 15 июня 2012 г.

	пилотных проектах	Томской обл. (отбор ЛПУ, планирование и контроль расходов, контроль качества, анализ результатов, планы развития проекта и т.д.)	
--	-------------------	--	--