

Стандартизированная форма отчетности полномочного представителя МСМС

Стандартизированная форма отчетности полномочного представителя МСМС (сокр. СФО-1) разработана в соответствии с Положением «О Представителе Межрегионального Союза Медицинских Страховщиков в субъекте Российской Федерации» и утверждена Постановлением Президиума МСМС № 37 от 1 июля 2014.

Данная форма должна быть заполнена представителем МСМС и направлена в Исполнительную дирекцию МСМС.

Блок персонализации

1. _____ . (ФИО Представителя МСМС)
2. Доверенность № ____ (выбрать), действует до _____ . (в формате ДД.ММ.ГГ)
3. Доверенность выдана для представления интересов Союза на территории _____ . (указать субъект РФ)

Блок взаимодействия с ТФОМС

4. Включен в состав/ деятельность в составе:

- 4.1. Правления ТФОМС ДА ___ НЕТ ___ ;(выбрать нужное)
- 4.2. Комиссии по разработке программы ОМС ДА ___ НЕТ ___ .(выбрать нужное)
- 4.3. Принимает участие в формировании и подписании тарифных соглашений ДА ___ НЕТ ___ (выбрать нужное)

5. Участие в формировании механизма и осуществление контроля за выполнением ТФОМС обязательств:

- 5.1. *по подпункту 2.9.5. Типового договора о финансовом обеспечении ОМС в части выплаты 10 процентов средств, образовавшихся результате экономии рассчитанного для страховой медицинской организации годового объема средств, определяемого исходя из количества застрахованных лиц в страховой медицинской организации и дифференцированных подушевых нормативов* ДА ___ НЕТ ___ (выбрать нужное)
- 5.2. *по подпункту 4.6.3. Типового договора о финансовом обеспечении ОМС, в части выплаты вознаграждения СМО за выполнение условий, предусмотренных договором, с учётом выполнения показателей, определённых приложением № 1 к договору* ДА ___ НЕТ ___ (выбрать нужное)

6. Влияние на процесс утверждения размеров РВД

ДА ___ НЕТ ___ (выбрать нужное)

- 6.1. Текущий размер РВД _____ .(в формате %,%%)

7. Методика применения штрафных санкций к медицинским организациям –

_____ (выбрать нужное)

- 7.1. *Дополнительный комментарий о выполнении методики* _____

_____ (заполнить)

8. О ситуации по объемам проводимой «чистки регистров застрахованных» –

(заполнить)

9. О ситуации с информационным сопровождением застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи –

(заполнить)

10. Взаимодействие с другими СМО, работающими в регионе:

10.1. *Общее кол-во СМО в регионе* _____ ;(указать число)

10.2. *Общее кол-во рабочих совещаний* _____ ;(указать число)

10.3. *Дополнительный комментарий о совещаниях –*

(заполнить)

11. Взаимодействие с врачебным сообществом:

11.1. *Название объединения* _____ ;(заполнить)

11.2. *Формат диалога* _____ ;(заполнить)

12. Участие/ выступления на круглых столах, конференциях, в прессе:

12.1. *Мероприятия:*

(заполнить)

12.2. *Ссылки для ознакомления с мероприятиями:*

(в формате <http://www.iumi.ru/>; <http://www.iumi.ru/about/register>)

13. Я, Представитель МСМС, направляю форму отчетности в Исполнительную дирекцию МСМС, используя адрес электронной почты

_____ (заполнить)

14. Дата заполнения

_____ (в формате ДД.ММ.ГГ)

Отправить отчет