

**Положение о формировании и контроле  
выполнения объемов предоставления медицинской помощи медицинскими  
организациями в системе обязательного медицинского страхования  
Ростовской области**

1. В соответствии с частью 6 статьи 39 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в ред. от 28.12.2016), пунктами 110, 123 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 28.02.2011 №158н (в ред. от 11.01.2017), оплата медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС Ростовской области осуществляется на основании представленных медицинской организацией [реестров](#) счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, распределенных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС (далее - Комиссия), сформированной Правительством Ростовской области.

2. Объемы медицинской помощи, превышающие объемы предоставления медицинской помощи, распределенные решением Комиссии для конкретной медицинской организации (не предусмотренные нормативами, установленными территориальной программой ОМС), являются медицинскими услугами, оказываемыми вне территориальной программы обязательного медицинского страхования и оплате из средств ОМС не подлежат.

3. Объемы предоставления медицинской помощи устанавливаются Комиссией в расчете на календарный год в натуральных показателях (в единицах объемов медицинской помощи, предусмотренных для соответствующих видов медицинской помощи территориальной программой ОМС) и в стоимостных показателях в пределах территориальных нормативов объемов медицинской помощи и сумм на оплату медицинской помощи по ОМС, предусмотренных в бюджете ТФОМС Ростовской области на соответствующий период.

4. В соответствии с пунктом 123 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 28.02.2011 №158н, устанавливаемый объем предоставления медицинской помощи (далее – Объемы) учитывает:

1) количество прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим амбулаторную медицинскую помощь, и показатели объемов предоставления медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденные территориальной программой, с учетом показателей потребления медицинской помощи, видов медицинской помощи, условий предоставления медицинской помощи и врачебных специальностей;

2) показатели объемов предоставления медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденные территориальной программой, с учетом профилей отделений (коек), врачебных специальностей, видов медицинской помощи и условий ее предоставления медицинскими организациями, не имеющими прикрепленных застрахованных лиц;

3) количество диагностических и (или) консультативных услуг для обеспечения потребности медицинских организаций по выполнению стандартов медицинской помощи и порядков ее оказания по заболеваниям и состояниям в полном объеме при отсутствии или недостаточности у медицинских организаций данных диагностических и (или)

консультативных услуг, в целях учета в договорах с медицинскими организациями, оказывающими только указанные услуги в соответствии с правом на их осуществление;

4) соотношение оказанных объемов предоставления медицинской помощи и оплаченных страховыми медицинскими организациями;

5) территориальную доступность отдельных видов медицинской помощи;

6) необходимость и возможность внедрения и развития новых современных медицинских технологий;

7) наличие ресурсного, в том числе кадрового, обеспечения планируемых объемов предоставления медицинской помощи;

8) права пациента на выбор медицинской организации и врача;

9) возможность достижения оптимальной медицинской, экономической и социальной эффективности использования материально-технических и финансовых ресурсов;

10) возможность достижения социально значимых показателей деятельности здравоохранения, ориентированных на результат.

5. При распределении объемов Комиссией учитываются информация и предложения министерства здравоохранения, профессиональных некоммерческих организаций, страховых медицинских организаций, территориального фонда ОМС, медицинских организаций.

Медицинские организации, включенные в установленном порядке в территориальный реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, формируют обоснованные предложения по Объемам на соответствующий год. Формы предложений, порядок и сроки их предоставления установлены «Методическими указаниями по предоставлению информации об объемах медицинской помощи и их финансового обеспечения членами комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования», направленными письмом Федерального фонда ОМС от 24.11.2015 №7343/30-5/и (далее – Методические указания).

Руководители муниципальных органов управления здравоохранением, главные врачи районов с целью координации распределения объемов предоставления медицинской помощи на территории муниципального образования согласовывают предложения по Объемам подведомственных МО, а также находящихся на территории данного муниципального образования ведомственных, федеральных МО и негосударственных (немуниципальных) медицинских организаций (иной формы собственности).

6. Решение Комиссии по распределению объемов предоставления медицинской помощи и финансовых средств (Объемов) между медицинскими организациями доводится министерством здравоохранения области и территориальным фондом ОМС до сведения страховых медицинских организаций и медицинских организаций, и учитывается при расчете тарифов на оказание медицинской помощи по ОМС в качестве плановых производственных показателей объемов предоставления медицинской помощи медицинскими организациями.

Решение Комиссии по распределению объемов предоставления высокотехнологичной медицинской помощи в ОМС доводится приказом Минздрава Ростовской области для каждой медицинской организации, поименованной в перечне данного приказа, в случаях госпитализации. Случаи госпитализации ВМП в ОМС и финансовые средства на обеспечение ВМП учитываются отдельно. Контроль выполнения распределенных объемов ВМП в ОМС так же осуществляется отдельно.

7. Объемы, распределенные решением Комиссии для конкретной медицинской организации, являются неотъемлемой частью договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС (пункт 4.1, приложение 1 к Типовому договору, утвержденному приказом Минздрава РФ от 24.12.2012 №1355н). В соответствии с пунктом 123 Правил ОМС и согласно форме Типового договора, объемы, распределенные решением Комиссии на год, подлежат поквартальной разбивке.

Поквартальная разбивка Объемов должна обеспечивать постоянную возможность предоставления медицинской помощи по ОМС в течение года с учетом ее сезонности. Не допускается непропорциональная поквартальная разбивка, уменьшающая доступность медицинской помощи по программе ОМС в отдельные периоды года (за исключением случаев планируемого закрытия МО на ремонт и по другим причинам). При отсутствии вышеупомянутых причин, на каждый квартал года по каждому из условий оказания медицинской помощи (кроме ВМП) должно быть распределено не менее 23,5% от годового Объема в стоимостных показателях, в том числе на декабрь – не менее 8%).

С целью исключить несоответствие разбивки Объемов показателям, распределенным решением Комиссии, проекты приказов руководителей МО о разбивке объемов согласуются с министерством здравоохранения области и ТФОМС Ростовской области.

8. Согласно пункту 123 Правил ОМС в течение года предусматривается возможность обоснованной корректировки Объемов.

8.1. Перераспределение Объемов внутри МО между кварталами года (изменение поквартальной разбивки) допускается с условием отсутствия увеличения годовых объемов стоимостных показателей и утвержденного на год плана финансово-хозяйственной деятельности, а также с соблюдением требования, указанного в п.7 настоящего приложения.

Изменения оформляются приказом руководителя МО, согласованным с руководителем муниципального органа управления здравоохранением. Копия приказа должна быть представлена в ТФОМС Ростовской области не позднее 1 числа последнего месяца текущего квартала, до принятия корректировки к плану финансово-хозяйственной деятельности МО. После принятия корректировки плана финансово-хозяйственной деятельности внесение изменений в приказ о распределении Объемов не допускается. Приказ с отметкой ТФОМС о его принятии является основанием для внесения изменений в приложение №1 к договорам со страховыми медицинскими организациями. Непредоставление (несвоевременное предоставление) приказа в ТФОМС Ростовской области влечет за собой невозможность внесения изменений в приложение №1 к договорам со СМО и, соответственно, невозможность учета изменений при проведении контроля выполнения Объемов.

8.2. Решения о корректировке Объемов, влекущие за собой изменение общей годовой суммы финансирования МО, возможны при наличии объективно обусловленных причин такой корректировки и являются прерогативой Комиссии. Предложения, содержащие обоснование необходимости корректировки Объемов, согласованные с муниципальными органами управления здравоохранением (главными врачами районов), направляются руководителями МО в Комиссию через министерство здравоохранения области и ТФОМС.

Предложения МО о корректировке объемов, влекущие за собой изменение общей годовой суммы финансирования МО, направляются в Комиссию не позднее 15 числа месяца, предшествующего месяцу, начиная с которого предполагается желаемая корректировка Объемов. В этом случае предложения рассматриваются на ближайшем заседании Комиссии после проверки рабочей группой обоснованности предложений МО. Предложения МО, поступившие после 15 числа текущего месяца, рассматриваются рабочей группой Комиссии

в следующем месяце. Соответственно в случае положительного решения Комиссии, изменение Объемов вступает в действие, начиная с 1 числа месяца, следующего за месяцем, в котором состоялось заседание Комиссии.

Оперативная корректировка объемов предоставления медицинской помощи при необходимости может осуществляться Комиссией ежемесячно, но не реже одного раза в квартал.

В соответствии с Методическими указаниями предложения МО по корректировке объемов могут основываться на следующих причинах:

- изменение численности прикрепленных застрахованных лиц, выбравших данную медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи;
- изменение маршрутизации пациентов на период более 1 месяца, в том числе по причине закрытия медицинских организаций (структурных подразделений), подтвержденное приказами (распоряжениями) органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения;
- рост инфекционной заболеваемости, чрезвычайные происшествия, техногенные катастрофы, стихийные бедствия и т.п., по причине которых резко изменяется объем оказания экстренной (неотложной) медицинской помощи;
- реорганизация или изменение структуры медицинской организации (открытие новых отделений, врачебных приемов, увеличение коечного фонда);
- подтвержденное соответствующими правовыми актами получение лицензии на новый вид медицинской деятельности, ранее не заявленной при формировании предложений по объемам предоставления медицинской помощи и другие причины.

8.3. При поступлении предложения МО об увеличении ранее установленных на текущий год Объемов министерство здравоохранения области и ТФОМС организуют проверку обоснованности такого предложения, для чего могут затребовать дополнительную информацию, организовать комплексную (в том числе с участием СМО) медико-экономическую экспертизу объемов медицинской помощи. При подтверждении обоснованности предложения, оно выносится на рассмотрение Комиссии.

В случае положительного решения об увеличении Объемов Комиссия рассматривает вопрос об источнике покрытия дополнительных затрат. Увеличение объемов должно производиться в пределах общей суммы ассигнований на реализацию территориальной программы ОМС, предусмотренной в бюджете ТФОМС, то есть, как правило, увеличение объемов для одних МО производится с соответствующим его уменьшением для других МО.

В исключительных случаях, если объективно необходимое увеличение Объемов не может быть произведено без увеличения общей стоимости медицинских услуг по территориальной программе ОМС, вопрос об источнике финансирования такого увеличения рассматривается Комиссией с учетом действующего законодательства об ОМС.

Решение Комиссии о корректировке распределения Объемов доводится до участников ОМС и является основанием для внесения изменений в договоры на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

8.4. Планирование распределения Объемов медицинской помощи в системе ОМС на 2018 год будет осуществляться в рамках Методических указаний по предоставлению информации об объемах медицинской помощи и их финансового обеспечения членами комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, разработанных ФОМС, ТФОМС, медицинским сообществом и НП «Национальная Медицинская Палата». Настоящие методические указания по

предоставлению информации об объемах медицинской помощи и их финансовому обеспечению используется в целях распределения объемов предоставления медицинской помощи и их финансового обеспечения членами комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования используется в целях распределения объемов между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования до 1 января следующего года.

9. Руководители медицинских организаций, руководители муниципальных органов управления здравоохранением в рамках своих должностных обязанностей организуют и осуществляют управление деятельностью подведомственных медицинских организаций, обеспечивая выполнение установленных Объемов.

10. С целью определения Объемов медицинской помощи, соответствующих территориальной программе ОМС, и Объемов медицинской помощи, не подлежащих (согласно действующему законодательству и договорам) оплате за счет средств ОМС, территориальным фондом ОМС в ходе первичной автоматизированной обработки реестров на этапе форматно-логического контроля и определения страховой принадлежности застрахованных (пациентов) проводится проверка соответствия предъявляемых к оплате объемов медицинской помощи Объемам, установленным решением Комиссии и договорам.

10.1. Проверка соответствия предъявляемых к оплате объемов медицинской помощи, установленным Объемам, производится ежемесячно нарастающим итогом по году в разрезе отдельных условий оказания медицинской помощи в натуральных (объемных) и стоимостных показателях».

10.2. При проверке реестров счетов ежемесячно в качестве плановых показателей Объемов (для сравнения с фактическими) используются показатели, зафиксированные в плане финансово-хозяйственной деятельности МО на соответствующий месяц. Если в реестрах счетов прошедшего месяца предъявленные к оплате объемы медицинской помощи в натуральных и/или стоимостных показателях нарастающим итогом с начала года превышают соответствующие плановые показатели, такие реестры подлежат исправлению медицинской организацией с исключением из них объемов, превышающих Объемы (по усмотрению медицинской организации). Объемы медицинской помощи, превышающие Объемы, распределенные решением Комиссией, по решению руководителя МО могут быть предъявлены к оплате дополнительными счетами в следующие месяцы квартала, в этом случае они будут учтены в счет объемов данного месяца.

Объемы медицинской помощи, превышающие показатели, зафиксированные в плане финансово-хозяйственной деятельности за 3-й, 6-й, 9-й и 12-й месяцы года, повторному выставлению к оплате в последующем месяце не подлежат.

11. Согласно приказу Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 №230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» факт предъявления к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением Комиссии, является нарушением, дающим СМО основание для применения финансовых санкций к медицинской организации (включение в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС).

12. Информация о выполнении Объемов медицинскими организациями доводится до сведения СМО и МО в формате, предусмотренном приложением 8 к Тарифному соглашению, а также в режиме постоянного мониторинга размещается на официальном

сайте ТФОМС Ростовской области в сети Интернет (раздел «Контроль объемов предоставления медицинской помощи, распределенных решением Комиссии ТП ОМС»).

На основании анализа данной информации руководители медицинских организаций должны своевременно принимать необходимые меры, обеспечивающие соответствие объемов медицинской помощи, предоставляемой по территориальной программе ОМС, установленным Объемам.

13. При проведении процедуры форматно-логического контроля реестров счетов за оказанную медицинскую помощь обязательным условием принятия их к оплате является наличие сведений о случаях госпитализации, внесенных МО в РИР, в соответствии с требованиями п.206, раздела XV Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н.

14. Объемы предоставления медицинской помощи и их финансовое обеспечение по территориальной программе обязательного медицинского страхования распределяются между страховыми медицинскими организациями с учетом фактически сложившихся объемов медицинской помощи, оказываемой застрахованным каждой из страховых медицинских организаций в разрезе медицинских организаций.

14.1. Документы, используемые для расчета распределения объемов предоставления медицинской помощи и их финансового обеспечения по территориальной программе обязательного медицинского страхования в Ростовской области:

14.1.1. Территориальная программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи в Ростовской области на 2019 год, утвержденная Постановлением Правительства Ростовской области.

14.1.2. Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н, Приложение № 1 «Положение о деятельности комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования».

14.1.3. Письмо ФФОМС от 24.11.2015 N 7343/30-5/и «О Методических указаниях» (вместе с «Методическими указаниями по предоставлению информации об объемах медицинской помощи и их финансового обеспечения членами комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования»).

14.1.4. Данные персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам (оплаченные индивидуальные счета), сведения о численности застрахованных лиц на основе регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц.

14.1.5. Предложения о распределении объемов медицинской помощи, поступившие от организаций, поименованных в пункте 8 Приложения 1 к Правилам ОМС.

14.2. Распределение Объемов и их финансовое обеспечение между медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями производится Комиссией на год и каждый квартал по каждому виду медицинской помощи в разрезе условий оказания медицинской помощи.

14.3. Объемы и финансовое обеспечение предоставления медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования корректируются Комиссией по мере необходимости, но не реже одного раза в квартал.

15. Решение Комиссии о распределении (перераспределении) объемов медицинской помощи доводятся до сведения участников ОМС путем размещения на официальном сайте территориального фонда ОМС в сети Интернет.