

Журнал

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

ЖУРНАЛ ДЛЯ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ

Татьяна ГРОЗДОВА

директор ТФОМС, Севастополь

Управление качеством / Управление качеством

Дополнительные средства за медпомощь сверх плана: как получить одобрение. Инструкция от директора ТФОМС

В статье — инструкция от директора ТФОМС Татьяны Гроздовой, как обосновать потребность в допсредствах, чтобы страховая оплатила медпомощь сверх плана. Узнаете, какие подтверждающие документы приложить к типовой заявке и в течение какого периода ее нужно подать. Заполненный образец заявки, по которой вашим коллегам уже выделили деньги, прилагается*.

** Статья подготовлена по материалам Системы «Экономика ЛПУ»*

Комиссия по разработке территориальной программы ОМС (далее — Комиссия) ежегодно устанавливает объемы медпомощи, которую медорганизация должна оказать. Страховая медицинская компания (далее — СМО), в свою очередь, обязуется оплатить медпомощь из средств фонда ОМС. Если вы превысили утвержденные объемы медпомощи, следует направить в Комиссию заявку на перераспределение и приложить к ней обоснование. Далее в статье — подробно о том, как это сделать.

Как оформить заявку на выделение допобъемов медпомощи

Типовой заявки на выделение дополнительных объемов медпомощи и финансирования на федеральном уровне нет. Некоторые регионы сами разрабатывают такую форму. Поэтому проверьте на сайтах местного минздрава и ТФОМС, есть ли утвержденный формат в вашем субъекте. Если нет, составьте заявку по образцу ниже.



► [Заявка на выделение дополнительных объемов медпомощи и финансирования](#)

Как обосновать заявку на выделение допобъемов медпомощи

Напишите, почему объем медпомощи увеличился. Вам выделяют финансирование в четырех случаях. Первый — вырос поток пациентов за последний месяц. Например, если одну из медорганизаций закрыли на ремонт, и региональный минздрав изменил маршрутизацию пациентов в ваше медучреждение.

Второй случай — вспышки инфекционных болезней. Это могут быть не только заболевания, но и любые другие непредсказуемые события, которые резко увеличили объем оказания экстренной медпомощи. Например, чрезвычайные происшествия, техногенные катастрофы, стихийные бедствия.

Третий случай — реорганизация медучреждения. Если ваше медучреждение присоединяют к другой медорганизации, то основанием для таких изменений служит приказ регионального минздрава.

Четвертый случай — лицензия на новый вид меддеятельности. Если медучреждение расширяет свой профиль, то в системе ОМС нужно получить дополнительные средства и объемы медпомощи. В памятке показали, какие документы прикрепить к заявке на выделение дополнительного финансирования, чтобы подтвердить причины роста медпомощи.

Памятка. Какие подтверждающие документы приложить к заявке на выделение дополнительного финансирования

- 1 Приказы регионального минздрава о реорганизации медучреждения, перераспределении потоков пациентов.
- 2 Приказы главврача об открытии или закрытии отделений.
- 3 Письма территориального Управления Роспотребнадзора об инфекционных болезнях.
- 4 Копии лицензий на новый вид меддеятельности.
- 5 Отдельное приложение — таблица с объемами медпомощи.

Составьте таблицу с объемами медпомощи. К заявке приложите отдельную таблицу с объемами медпомощи, которую СМО выделила на год и которая вашей клинике

требуется дополнительно. Чтобы рассчитать стоимость дополнительной медпомощи, тариф на оплату умножьте на количество госпитализаций или посещений. Тарифы смотрите в тарифном соглашении, которое утвердила Комиссией. Ниже — пример расчета.

Пример. Медорганизация У открывает отделение медицинской реабилитации в условиях дневного стационара. Медпомощь будут оказывать по двум клинико-статистическим группам (далее — КСГ): ds37.003 и ds37.004. Стоимость каждого случая лечения составляет в соответствии с тарифным соглашением 22 844,23 руб. и 27 352,96 руб. Количество госпитализаций — 197 и 121. На лечение пациентов по КСГ ds37.003 понадобится 4 500 313,31 руб. Аналогично с объемом финансирования по другой КСГ. Он составит 3 309 708,16 руб. Так, общая сумма средств, которую нужно указать в заявке, — 7 810 021,47 руб.

Если не предоставить достаточных доказательств, в оплате медпомощи сверх плана откажут. Примеры с отказами из судебной практики — в таблице.



► [Таблица. Примеры судебных отказов в оплате медицинской помощи сверх объемов ОМС](#)



К сведению

Если больница оказывает пациенту неотложную медпомощь сверх плана, она имеет право потребовать оплату. Так, медорганизация обратилась в суд, чтобы взыскать деньги со страховой компании за лечение больного с острым тонзиллитом. Лечение было срочным, и пациента нельзя было направить в другое учреждение или поставить в очередь. Комиссия решила не увеличивать объем медпомощи по лор-заболеваниям, однако суд удовлетворил требование больницы ([п. 17 раздела 3 Обзора Президиума Верховного суда от 27.11.2024 № 1](#)). Экстренная и неотложная медпомощь относится к формам оказания медпомощи — отказать пациенту в такой ситуации нельзя ([ч. 4 ст. 32 Закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ](#)).

Когда подать заявку на выделение допобъемов медпомощи

Направить в Комиссию заявку на выделение допобъемов медпомощи медорганизация должна в течение пяти рабочих дней после того, как получит заключение по результатам медико-экономического контроля (МЭК). В ходе МЭК ТФОМС отклонит счета за превышение объемов.

Если медорганизация вовремя не направит заявку в Комиссию, медпомощь сверх плана ей не оплатят. Это правило действует для всех медучреждений, которые участвуют в реализации территориальной программы ОМС, вне зависимости от региона ([п. 157](#) Правил ОМС). В памятке ниже — условия, при которых клинике оплатят медпомощь сверх плана.

Памятка. Три условия, при которых клинике оплатят медпомощь сверх плана

- 1** Медорганизация своевременно подала заявку в Комиссию при превышении утвержденных объемов медпомощи и обосновала причины превышения объемов.
- 2** ТФОМС имеет в наличии средства в нормированном страховом запасе (НСЗ).
- 3** Комиссия решила согласовать средства.

Как узнать, что средства на допобъемы медпомощи выделили

Комиссия по разработке терпрограммы ОМС проводит заседания по мере необходимости, но не реже одного раза в месяц ([ч. 18](#) приложения 1 к Правилам ОМС). Поэтому она рассмотрит заявку, которая поступила от медорганизации, на ближайшем заседании. Далее — в течение двух рабочих дней после принятия решения разместит выписку из протокола заседания на сайте регионального минздрава и ТФОМС ([ч. 21](#) приложения 1 к Правилам ОМС). Проверьте сайт министерства и фонда — посмотрите, какие объемы выделили вашей медорганизации или отказали в выделении.

Если Комиссия отклонила реестры счетов, подайте их в ТФОМС. Сделать это нужно не позднее пятого рабочего дня месяца, следующего за месяцем, в котором Комиссия пересмотрела объемы. Если опоздаете с подачей реестров, ТФОМС их не оплатит ([п. 156](#) Правил ОМС).

Как заключить допсоглашение об изменении условий договора по ОМС

После того как Комиссия примет положительное решение, заключите с ТФОМС и страховыми компаниями допсоглашение об изменении условий договора по ОМС. Это необходимо, так как именно в приложениях к этому договору указаны все объемы медпомощи и финансирования на год.

К допсоглашению нужно сделать приложения 1 и 2. В приложении 1 указывают новые годовые объемы медпомощи по поликлинике, стационару и дневному стационару. То есть количество прикрепившихся лиц, посещений, случаев госпитализации. В приложении 2 нужно указать годовые увеличенные объемы финансирования.

Допсоглашение должно быть в нескольких экземплярах: один экземпляр — для ТФОМС, один — для медорганизации и по одному — для каждой страховой компании, участвующей в соглашении. Экземпляры необходимо подписать у главного врача и направить в фонд ОМС. Тот согласует их со страховыми компаниями и вернет один образец медорганизации. Образец допсоглашения найдете в электронной версии журнала.

Когда СМО не сможет оплатить медпомощь сверх плана

Если Комиссия утвердила медорганизации дополнительные объемы медпомощи и финансирования, то страховая компания обязана их оплатить. Однако у СМО может не оказаться средств, чтобы оплатить счета и реестры счетов от медорганизации.

Когда страховая компания израсходовала фонд ОМС, она может обратиться в ТФОМС за средствами нормированного страхового запаса ([ч. 6 ст. 38 Закона № 326-ФЗ](#)). Это правило действует только в случае, если объем средств превысили в связи с повышенной заболеваемостью, ростом тарифов, количеством застрахованных лиц или изменением их половозрастной структуры.



К сведению

Если медорганизация не выполнила утвержденный на год объем медпомощи и финансирования, то самостоятельно перераспределить его она не вправе. В этом случае нужно подать заявку на перераспределение объемов в Комиссию по разработке терпрограммы. Комиссия сократит объемы медпомощи и финансирования от одной медорганизации и перераспределит их другой, которая оказала медпомощь сверх плана. Страховая это делать не имеет права ([п. 15 раздела 3 Обзора Президиума Верховного суда от 27.11.2024 № 1](#)).