



РЕСПУБЛИКА ДАГЕСТАН
ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД

ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

367008, г. Махачкала, ул. Ляхова, 47^а, тел. 68-03-04, факс 67-03-41,

E-mail direct@fomsrd.ru веб-сайт www.fomsrd.ru

"13" 12 2018 г.

№ 04-10/234

Руководителям МО

В связи с многочисленными обращениями руководителей медицинских организаций Республики Дагестан об оплате сверхнормативных объемов медицинской помощи ТФОМС РД информирует:

Согласно Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Дагестан на 2018 год и тарифному соглашению на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Дагестан на 2018г. п. 3.16 не является обязательством СМО и ТФОМС РД оплата объемов медицинской помощи, необоснованно предоставленной сверх показателей государственного задания.

В соответствии с частью 6 статьи 39 Закона № 326-ФЗ, пунктами 110, 123 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 28.02.2011 г. № 158н, оплата медицинской помощи в рамках Территориальной программы осуществляется на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, распределенных решением Комиссии.

Объемы медицинской помощи, утвержденные решением Комиссии для МО, являются неотъемлемой частью договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (пункт 4.1 и приложение № 1 к типовому договору, утвержденному приказом Минздрава РФ от 24.12.2012 г. № 1355н).

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

В случае превышения объема медицинской помощи, утвержденного решением Комиссии на год, и при наличии условий, указанных в части 6 статьи 38 Закона № 326-ФЗ (в связи с повышенной заболеваемостью, увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, количества застрахованных лиц и (или) изменением их структуры по полу и возрасту), МО вправе обратиться (с полным обоснованием и подтверждением факта превышения объема) в Комиссию с целью увеличения годового объема

предоставления медицинской помощи. Рассмотренные Комиссией сверхплановые объемы медицинской помощи и признанные обоснованными, могут быть предъявлены к оплате дополнительными счетами в последующих месяцах.

Решения о корректировке объемных и стоимостных показателей, 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, направляются руководителями МО в Комиссию.

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

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.

С целью определения объемов медицинской помощи, соответствующих Территориальной программе, и объемов медицинской помощи, не подлежащих (согласно действующему законодательству и договорам) оплате за счет средств ОМС, в рамках установленных ФФОМС процедур информационного обмена между участниками ОМС, в соответствии с пунктом 8 части 8 статьи 33 Закона 326-ФЗ, ТФОМС РД осуществляется контроль фактического выполнения объемов медицинской помощи медицинскими организациями.

Согласно приказу Федерального фонда ОМС от 07.04.2011 г. № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования» проверку соответствия предъявляемых к оплате объемов медицинской помощи, утвержденных решением Комиссии, осуществляет ТФОМС РД в ходе первичной автоматизированной обработки реестров на этапе форматно-логического контроля и определения страховой принадлежности застрахованных граждан.

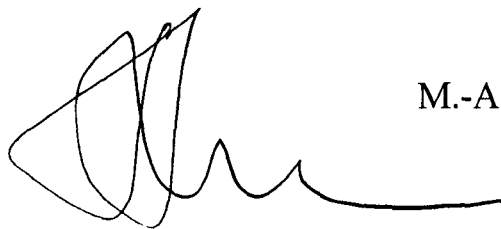
Проверка соответствия предъявляемых к оплате объемов медицинской помощи, утвержденных решением Комиссии, производится ежемесячно, нарастающим итогом с начала года.

Если в реестрах счетов прошедшего месяца, предъявленные к оплате объемы и стоимость медицинской помощи нарастающим итогом превышают соответствующие плановые показатели, такие реестры признаются не прошедшими процедуру форматно-логического контроля и подлежат

исправлению медицинской организацией с исключением из них превышающих объемов (по усмотрению медицинской организации).

Согласно приказу Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 N 158-н (ред. от 11.01.2017г.) "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" (Зарегистрировано в Минюсте России 03.03.2011 N 19998) п.128. При наличии отклоненных от оплаты счетов на оплату медицинской помощи по результатам проведенного страховой медицинской организацией медико-экономического контроля медицинская организация вправе доработать и представить в страховую медицинскую организацию отклоненные ранее от оплаты счета на оплату медицинской помощи и реестры счетов не позднее 25 рабочих дней с даты получения акта от страховой медицинской организации, сформированного по результатам медико-экономического контроля первично представленного медицинской организацией счета на оплату медицинской помощи.

Зам. директора ТФОМС



М.-А.Г. Ахмедов

Исп. Гаджиева З.Б.
т.55-70-82