Приложение № 4.3.

**Анализ практики расчетов за медицинскую помощь по ОМС**

Нормативное правовое регулирование вопросов оплаты сверхплановых объемов медицинской помощи по ОМС является противоречивым. С одной стороны, это следует из самих законодательных норм по вопросам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС, с другой – подтверждается судебной практикой рассмотрения соответствующих споров между медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями или ТФОМС субъектов РФ.

В соответствии с частью 6 статьи 39 Федерального закона № 326-ФЗ оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия).

Установление объемов медицинской помощи для медицинских организаций осуществляется Комиссией с поквартальной разбивкой (пункт 4 Положения о деятельности комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Положение)[[1]](#footnote-1). При этом, пунктом 4 Положения также предусмотрена функция Комиссии по корректировке в течение года объемов предоставления медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями.

Таким образом, правоприменение части 6 статьи 39 Федерального закона № 326-ФЗ обеспечивается посредством реализации двуединой функции Комиссии – первоначальное распределение объемов медицинской помощи между медицинскими организациями и последующая корректировка установленных значений объемов медицинской помощи. Иными словами, решения об оплате медицинской помощи за счет средств ОМС, независимо от первоначально распределенных объемов медицинской помощи, остаются на усмотрение Комиссий.

Исходя из вышеизложенного, отмечается, что существуют две причины организационно-правового характера, по которым возникают ситуации неконтролируемого и несогласованного превышения объемов медицинской помощи медицинскими организациями:

необъективное первоначальное распределение объемов медицинской помощи между медицинскими организациями, что приводит к необходимости осуществления корректировок в течение года. Данная причина может вызывать следующие негативные последствия. Во-первых, «несогласные» с распределением объемом МП медицинские организации могут таким образом (то есть, путем целенаправленного перевыполнения заданных объемов) компенсировать недополученные доходы. Во-вторых, недостаточное качество планирования МП создает объективную необходимость корректировки объёмов, чтобы обеспечить фактическую потребность застрахованных в медицинской помощи в течение года;

отсутствие конкретизированных и прозрачных для применения критериев и порядка корректировки первоначально установленных объемов медицинской помощи. Данная причина имеет непосредственное отношение к вопросу оплаты сверхплановых объемов, так как признак «сверхплановости» выполненных объемов медицинской помощи сохраняется до момента произведенной корректировки.

Законодательство в сфере ОМС не устанавливает жестких требований и прозрачных процедур реализации функций Комиссий ни по распределению объемов медицинской помощи между медицинскими организацией, ни по последующей корректировке установленных значений.

Несмотря на то, что Правилами ОМС, утвержденными Приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н (пункт 139), определено, что именно должна учитывать Комиссия для проведения обоснованной корректировки, приведенные критерии корректировки сформулированы в общем виде и могут широко интерпретироваться Комиссиями на практике.

Например, в соответствии с пунктом 139 Правил ОМС Комиссия для обоснованной корректировки должна учитывать территориальную доступность медицинской помощи. Известно, что критерии территориальной доступности имеют разное значение, как с точки зрения планирования медицинской помощи по видам и условиям оказания, так и для выбора пациента медицинской организации. Многие случаи плановой медицинской помощи, в том числе ВМП, оказываются экстерриториально не только в рамках субъекта РФ, но и по стране в целом. При том, что с позиции здравого смысла критерий «территориальной доступности медицинской помощи» не вызывает сомнения, его применение для обоснованного распределения и корректировки объемов МП, обеспеченных ограниченными ресурсами, между медицинскими организациями без установления соответствующего прозрачного порядка, не представляется возможным.

Аналогичный вывод можно сделать вывод и в отношении остальных 9 общих критериев корректировки распределенных объемов медицинской помощи, установленных пунктом 139 Правил ОМС, в числе которых:

количество застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, 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;

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;

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 лицензией на осуществление медицинской деятельности;

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

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

права застрахованного лица на выбор медицинской организации и врача;

изменение маршрутизации пациентов на период более одного месяца, в том числе по причине закрытия медицинских организаций (структурных подразделений), подтвержденное приказами (распоряжениями) органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья;

реорганизация или изменение структуры медицинской организации (открытие новых отделений, введение новых специальностей врачей, увеличение коечного фонда)

осуществление нового вида медицинской деятельности, ранее не заявленного при формировании предложений по объемам предоставления медицинской помощи (с приложением копии лицензии на осуществление медицинской деятельности), и другие причины.

Как показал анализ применяемых в субъектах Российской Федерации практик, Комиссии в субъектах РФ, за редким исключением, не делают попыток конкретизации порядка распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями. В результате, отсутствие прозрачных правил корректировки создает риски злоупотреблений Комиссий при принятии решений об изменении первоначально установленных объемов медицинской помощи в отношении тех или иных медицинских организаций.

Это же создает симметричную реакцию «несогласных» медицинских организаций, выраженную в неконтролируемом превышении первоначально запланированных объемов медицинской помощи, и, как следствие, в условиях противоречивости норм Федерального закона № 326-ФЗ, часто возникают прецеденты для обжалования принятых решений по корректировке объемов медицинской помощи в судах со стороны медицинских организаций.

В свою очередь, Федеральный закон № 326-ФЗ допускает дополнительное финансирование страховых медицинских организаций, потребность в котором может быть обусловлена, в том числе результатами деятельности медицинских организаций в области оказания медицинской помощи (отклонение фактических объемов медицинской помощи от плановых), с которыми у СМО заключены договоры. Так, согласно части 6 статьи 38 Федерального закона № 326-ФЗ в случае превышения установленного в соответствии с настоящим Федеральным законом для страховой медицинской организации объема средств на оплату медицинской помощи в связи с повышенной заболеваемостью, увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, количества застрахованных лиц и (или) изменением их структуры по полу и возрасту территориальный фонд принимает решение о предоставлении или об отказе в предоставлении страховой медицинской организации недостающих для оплаты медицинской помощи средств из нормированного страхового запаса территориального фонда.

Примечательно, что в числе оснований для отказа в предоставлении страховой медицинской организации средств из НСЗ сверх установленного объема средств на оплату медицинской помощи для данной страховой медицинской организации (часть 9 статьи 38 Федерального закона № 326-ФЗ) не выделяется причина, связанная с результатами реализации функции Комиссий по корректировке объемов медицинской помощи.

Таким образом, складывается ситуация, при которой решения Комиссии по корректировке объемов нелегитимны с точки зрения принятия решения о выделении/не выделении дополнительного объема финансирования на оплату медицинской помощи. Это, в свою очередь, подтверждается обзорами судебной практики по данному вопросу, которые показывают, что чаще суды принимают сторону медицинских организаций, которые обжалуют случаи неоплаты «сверхплановых» объемов медицинской помощи.

Данный вывод подтверждается также результатами проведенного опроса ТФОМС, который показал, что чаще всего оплата сверхплановых объемов в субъектах РФ происходит во исполнение судебных решений по искам медицинским организаций (результаты опроса приведены ниже по тексту).

Согласно обзору судебной практики Верховного суда Российской Федерации № 4 (2018) по данному вопросу отмечается следующее.

«Исходя из ч. 5 ст. 15 Закона об ОМС, медицинская организация не вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, что представляет собой гарантию своевременного оказания бесплатной медицинской помощи; возможность оказания бесплатной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования не ставится в зависимость от запланированного общего объема таких услуг и превышения распределенного объема предоставления медицинской помощи.

Из положений ч. 1 ст. 38, ч. 2 ст. 39 Закона об ОМС не следует, что фактическое оказание медицинской помощи сверх установленного в договоре со страховой организацией объема освобождает страховую медицинскую организацию от исполнения обязательств по оплате оказанной медицинской помощи, предусмотренной базовой программой обязательного медицинского страхования и перечнем территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Медицинские организации не должны нести негативные последствия за недостатки планирования программы обязательного медицинского страхования или прогнозирования заболеваемости населения, а также за несвоевременность корректировки объемов медицинской помощи, которая возможна на основании пп. 110 и 123 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития России от 28 февраля 2011 г. N 158н.

Предъявляя иск о взыскании задолженности к страховым медицинским организациям и территориальному фонду обязательного медицинского страхования, медицинская организация должна доказать факт оказания медицинских услуг в соответствии с программой обязательного медицинского страхования, а страховая медицинская организация и территориальный фонд обязательного медицинского страхования - его опровергнуть (ч. 1 ст. 65 АПК РФ).

При отсутствии доказательств того, что оказанные услуги не входят в программу обязательного медицинского страхования, и при отсутствии фактов нарушения медицинской организацией требований, предъявляемых к предоставлению медицинской помощи, медицинские услуги, оказанные сверх объема, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, должны признаваться попадающими под страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию и подлежащими оплате в полном объеме в соответствии с установленными тарифами обязательного медицинского страхования страховой медицинской организацией.».

Таким образом, сложившаяся практика правоприменения оплаты сверхплановых объемов медицинской помощи свидетельствует о необходимости конкретизации соответствующего нормативного правового регулирования. При этом, обоснованно возникает вопрос, в какой части необходимо предусмотреть регуляторные изменения или дополнения?

Представляется целесообразным опираться, прежде всего, на совершенствование нормативного правового регулирования условий и порядка корректировки первоначально запланированных объемов медицинской помощи, а также закрепление нормами Федерального закона № 326-ФЗ:

понятия «сверхплановые объемы медицинской помощи»,

условий оплаты сверхплановых объемов медицинской помощи, обусловленных наличием обоснованных решений Комиссий по корректировке первоначально распределенных на очередной год объемов медицинской помощи между медицинскими организациями, принятие которых регламентируется утверждаемым порядком корректировки объемов медицинской помощи.

отсылочного положения, определяющего утверждение Минздравом России совместно с ФОМС конкретизированного порядка корректировки распределенных объемов медицинской помощи на федеральном уровне и Комиссиями в субъектах РФ.

Указанные изменения будут способствовать также переформатированию вынесения судебных решений. В случае возникновения прозрачных правил корректировки, у судов появится правовое основание рассмотрения судебных споров в контексте обоснованности Комиссиями корректировки первоначально запланированных объемов медицинской помощи в отношении медицинских организаций.

В целях формирования последующих рекомендаций для закрепления рамочного порядка корректировки распределенных объемов медицинской помощи на федеральном уровне далее рассмотрим существующий опыт в субъектах РФ по определению порядка корректировки первоначально установленных объемов медицинской помощи в отношении медицинских организаций.

Информация об утвержденном порядке корректировки установленных Комиссией объемов предоставления медицинской помощи для медицинских организаций представлена 4 субъектами РФ, как показано в таблице № 4.3.1.

Таблица № 4.3.1. Наличие в субъектах Российской Федерации порядка корректировки установленных Комиссией по разработке территориальных программ ОМС объемов предоставления медицинской помощи для медицинских организаций, по данным опроса ТФОМС

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п.п. | Наименование ТФОМС | Ответ ТФОМС | Наличие собственного порядка, утвержденного Комиссией |
|  | ТФОМС Иркутской области | Порядок корректировки установленных Комиссией объемов предоставления медицинской помощи для медицинских организаций в соответствующий период предусмотрен Положением о деятельности Комиссии, являющимся Приложением к Правилам ОМС № 158н, Правилам ОМС № 108н | Нет |
|  | Краснодарский край | Порядок корректировки распределенных Комиссией объемов оказания медицинской помощи определен Положением о Комиссии | Нет |
|  | Пермский край | Порядок корректировки установленных Комиссией объемов предоставления медицинской помощи для медицинских организаций в 2018-2020 годах осуществляется в соответствии с «Порядком направления предложений медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере ОМС, по перераспределению объемов медицинской помощи в Комиссию по разработке территориальной программы ОМС Пермского края и их рассмотрения на заседании рабочей группы по перераспределению объемов медицинской помощи», утвержденным Приложением №5 к протоколу Комиссии от 27.04.2017 №4, согласно приложению №9. | Да |
|  | Свердловская область | Корректировка объемов, установленных Комиссией, осуществляется в рамках федерального законодательства (Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования») на основании Принципов, закрепленных соответствующим решением Комиссии | Да |

Из представленных материалов заслуживают внимания подходы, используемые в Пермском крае и Свердловской области.

*Пермский край*

В Пермском крае действует порядок направления предложений медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, по перераспределению объемов медицинской помощи в Комиссию по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Пермского края и их рассмотрения на заседании рабочей группы по распределению объемов медицинской помощи (утвержден протоколом Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Пермского края от 27.04.2017 № 4).

В соответствии с указанным документом действует следующий организационный механизм перераспределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями.

Медицинские организации (далее – МО), осуществляющие свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, направляют свои предложения по перераспределению объемов медицинской помощи в Комиссию по установленной форме.

Предложения МО направляются не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным кварталом. По итогам работы за 4 квартал текущего года - до 10 декабря текущего года.

Рассмотрение Предложений МО проводится Комиссией по итогам работы МО за отчетный квартал. В случае необходимости рассмотрения Предложений МО в течение отчетного квартала решение о рассмотрении Предложений принимает председатель Комиссии.

При подготовке Предложений МО проводит:

1) анализ выполненных объемов медицинской помощи, распределенных решением Комиссии, по условиям оказания в разрезе профилей отделений, клинико-статистических групп, врачебных специальностей;

2) анализ показателей деятельности МО (функция врачебной должности, структура посещений, работа койки, удельный вес госпитализированных в плановом и экстренном порядке и т.п.) для обоснованного принятия решений о перераспределении объемов медицинской помощи.

В случае подготовки МО предложений по уменьшению объемов медицинской помощи, МО должна указать объективные причины уменьшения объемов и предоставить предложения по маршрутизации прикрепленного населения в целях организации оказания данного вида медицинской помощи в других МО.

В случае подготовки МО предложений по увеличению объемов медицинской помощи, МО должна указать объективные причины увеличения объемов с предоставлением подтверждающих документов.

Причинами обоснованного превышения объемов медицинской помощи являются:

изменение численности застрахованных (прикрепленных) лиц, выбравших МО для оказания первичной медико-санитарной помощи, подтвержденное актами сверки с СМО;

изменение маршрутизации пациентов на период более 1 месяца, в том числе по причине закрытия отделений, подтвержденное приказами Министерства здравоохранения Пермского края, территориальных управлений, руководителей МО;

вспышки инфекционной заболеваемости (превышение показателя заболеваемости в сравнении с показателями прошлых лет), подтвержденные данными Управления Роспотребнадзора по Пермскому краю, аномальная жара, чрезвычайные происшествия, техногенные катастрофы, стихийные бедствия и т.п., по причине которых резко увеличивается объем оказания экстренной медицинской помощи;

реорганизация МО, изменение структуры МО (открытие новых отделений, врачебных приемов, увеличение коечного фонда), подтвержденные соответствующими нормативными актами;

получение лицензии на медицинскую деятельность.

Предложение МО по форме направляется с сопроводительным письмом в адрес председателя Комиссии, копия в Министерство здравоохранения Пермского края и ТФОМС Пермского края.

Предложения МО по перераспределению объемов медицинской помощи рассматриваются на заседаниях Рабочей группы, состав которой утверждается Комиссией.

На заседание Рабочей группы могут быть приглашены представители МО, предоставившие Предложения.

Рабочая группа:

1) рассматривает Предложения МО по форме, установленной настоящим Порядком;

2) анализирует исполнение ТПОМС за отчетный период по условиям предоставления медицинской помощи в целом по Пермскому краю, а также в разрезе МО.

3) оценивает обоснованность Предложений МО с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, проведенного в соответствии с требованиями Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденного приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230.

Рассмотрение Предложений МО осуществляется Рабочей группой в срок до 20 числа месяца, следующего за отчетным кварталом. Решение заседания Рабочей группы направляется в ТФОМС Пермского края для подготовки пакета документов к заседанию Комиссии.

Рассмотрение Предложений МО, представленных с нарушением сроков, установленных пунктом 3 настоящего Порядка, переносится на очередное заседание Комиссии. В случае не предоставления пояснений о причинах изменения объема медицинской помощи, предусмотренных установленной формой, Предложение МО не рассматривается.

*Свердловская область*

В Свердловской области реализация функции Комиссии по корректировке установленных объемов медицинской помощи действует Регламент мониторинга и контроля объемов медицинской помощи и финансовых средств, установленных решением Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Свердловской области, утвержденный Приказом Минздрава Свердловской области № 490-п, ТФОМС Свердловской области № 129 от 31.03.2017 (ред. от 28.11.2018).

Указанный регламент устанавливает единые организационные и методические принципы проведения мониторинга и контроля объемов медицинской помощи и объемов финансовых средств в рамках ТПОМС. Представляется, что указанный документ достаточно полно определяет необходимые организационные и методологические подходы к корректировке плановых объемов медицинской. Далее рассмотрим основные вопросы, регулируемые Регламентом.

Регламентом определены основные принципы мониторинга и контроля.

Так, например, в числе принципов установлено, что плановыми объемами, в отношении которых приводится мониторинг и контроль, являются объемы, утвержденные последним решением Комиссии.

Также определено, что мониторинг и контроль исполнения объемов, установленных решением Комиссии, проводится нарастающим итогом с начала года с учетом выполнения квартальных и годовых планов в разрезе условий оказания медицинской помощи и в разрезе МО.

Ежемесячным планом условно считается 1/3 объема, установленного решением Комиссии для МО на квартал. Выполнение плана вычисляется нарастающим итогом за отчетный период от плановых объемов, условно рассчитанных для данного периода, на основании фактически принятых СМО к оплате объемов медицинской помощи с учетом результатов МЭК (за исключением результатов МЭК по коду основания для отказа в оплате медицинской помощи 5.3.2 "Предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы").

Мониторинг и контроль осуществляются в отношении объемов медицинской помощи и финансовых средств, установленных решением Комиссии, включая объемы отдельно планируемых видов медицинской помощи (медицинских услуг):

в целом по ТПОМС, по всем МО по каждому условию оказания медицинской помощи: амбулаторная помощь (количество посещений всего, в том числе с профилактической и иными целями, в неотложной форме, количество посещений и обращений по поводу заболевания); скорая медицинская помощь (вызовы); стационарная помощь, в том числе ВМП (госпитализации, койко-дни); стационарозамещающая помощь (случаи лечения, пациенто-дни);

по профилям, группам и видам ВМП в соответствии с распределением объемов ВМП между МО, утвержденным Комиссией;

по отдельным видам первичной медико-санитарной и первичной специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях, не включаемым в состав подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи на прикрепившихся лиц (профилактические мероприятия, стоматологическая медицинская помощь, методы заместительной почечной терапии, медицинские услуги по прерыванию беременности медикаментозным методом, диагностические исследования методом позитронно-эмиссионной томографии и другие виды, утвержденные решением Комиссии);

по отдельным видам и профилям специализированной медицинской помощи в разрезе клинико-статистических групп заболеваний и отдельно оплачиваемых услуг (медицинская реабилитация, методы заместительной почечной терапии, экстракорпоральное оплодотворение, химиотерапия злокачественных новообразований, применение генно-инженерных лекарственных препаратов, ботулотоксина, лечение муковисцидоза, первичных иммунодефицитов с введением иммуноглобулинов и другие виды и профили, утвержденные решением Комиссии).

Оплате подлежат объемы предоставления медицинской помощи (включая отдельные виды медицинской помощи и медицинских услуг), установленные на год с поквартальной разбивкой и обоснованной последующей корректировкой.

В рамках контроля установленных Комиссией объемов прием реестров медицинской помощи, включая ВМП, другие отдельно планируемые виды медицинской помощи (медицинские услуги), осуществляется в пределах квартального плана, в том числе, если превышение квартального плана установлено до истечения отчетного квартала при мониторинге нарастающим итогом.

В Свердловской области в соответствии с Регламентом действуют следующие правила корректировки. Корректировка осуществляется по следующим контролируемым показателям:

- в целом по ТПОМС в пределах объемов, установленных на соответствующий год по условиям оказания;

- путем перераспределения объемов между МО, с учетом реорганизации МО, закрытия и открытия отделений, потребления медицинской помощи застрахованными лицами, в том числе обусловленного маршрутизацией потоков пациентов в трехуровневой системе оказания медицинской помощи;

для МО, подведомственных Управлению здравоохранения Администрации г. Екатеринбурга, в пределах объемов, установленных суммарно для данных МО;

для МО путем изменения годового плана или без изменения годового плана с поквартальным перераспределением в соответствии с заявкой, рассмотренной Рабочей группой;

в случае признания обоснованной заявки МО на поквартальное перераспределение при приеме реестров медицинской помощи сверх установленного Комиссией квартального плана корректировка осуществляется путем увеличения квартальных планов, указанных в заявке, и уменьшения плана последующих кварталов без увеличения годового плана;

по ВМП в пределах установленных в целом в рамках ТПОМС объемов ВМП;

по профилактическим мероприятиям между МО в рамках годовых объемов, в целом установленных по конкретному мероприятию;

по объемам отдельных дорогостоящих медицинских технологий путем перераспределения между МО в рамках установленных годовых объемов по конкретной медицинской технологии;

Специально отмечается, что в иных случаях, когда у МО имеется возможность управлять процессом госпитализации в круглосуточные и дневные стационары и регулировать оказание амбулаторной медицинской помощи с учетом сроков ожидания предоставления медицинской помощи, установленных ТПОМС, превышение объемов медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, является недопустимым, а заявки МО на изменение установленных объемов медицинской помощи признаются необоснованными.

Также регламентом определены организационные механизмы корректировки, которые прописаны для медицинских организаций, страховых медицинских организаций, филиалов ТФОМС Свердловской области, территориальных отделы Министерства здравоохранения Свердловской области, Министерства здравоохранения Свердловской области, ТФОМС Свердловской области, рабочей группы при Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС

Ниже выборочно приведены отдельные примеры функций указанных субъектов системы ОМС.

1). Для медицинских организаций определены следующие действия:

осуществление мониторинга выполненных объемов медицинской помощи по условиям оказания ежемесячно нарастающим итогом с начала года;

принятие мер по недопущению превышения объемов медицинской помощи (по условиям оказания и отдельным видам медицинской помощи или медицинских услуг), установленных решением Комиссии на соответствующий период, посредством регулирования очередности на плановую госпитализацию, ведения журналов плановой госпитализации, усиления роли амбулаторно-поликлинического звена, амбулаторной хирургии, развития стационарозамещающих технологий и т.д;

проведение анализа показателей деятельности МО (функция врачебной должности, структура посещений, структура госпитализаций, средняя занятость койки, длительность госпитализации, удельный вес госпитализированных в плановом и неотложном/экстренном порядке, время ожидания плановой госпитализации, стоимость единицы медицинской помощи и т.п.) для своевременного принятия управленческих решений, в том числе о перераспределении объемов медицинской помощи между структурными подразделениями при условии согласования с органом управления здравоохранения;

формирование при обоснованной необходимости изменения объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии, формируют единую заявку в соответствии с Приложением № 2 к Регламенту;

Устанавливается, что заявка МО на изменение установленных объемов медицинской помощи может быть двух видов: на поквартальное перераспределение объемов без изменения годового плана и на изменение годового плана.

2) Для страховых медицинских организаций определены следующие действия:

ежемесячно нарастающим итогом с начала года осуществляют мониторинг выполненных МО объемов медицинской помощи и финансовых средств по условиям оказания медицинской помощи;

анализируют показатели исполнения установленных объемов и причины превышения/невыполнения объемов медицинской помощи и финансовых средств по всем условиям оказания медицинской помощи;

устанавливают обоснованность причин превышения/невыполнения объемов медицинской помощи, анализируя структуру пролеченных пациентов, наличие направлений на плановую госпитализацию, долю экстренных/неотложных госпитализаций, в том числе по отдельным классам заболеваний, плановую и фактическую длительность лечения, показатель оперативной активности и др. Оценивают меры, принятые руководителем МО по регулированию очередности на плановую госпитализацию, в том числе по ВМП, преемственность в работе стационаров, поликлиник, дневных стационаров;

проводят МЭЭ, ЭКМП, включая очные проверки, с целью выявления случаев необоснованных госпитализаций (в том числе повторных), непрофильных госпитализаций, а также других нарушений порядков и стандартов оказания медицинской помощи, нарушений оформления первичной медицинской документации и формирования реестров счетов, ведущих к необоснованному превышению установленных объемов медицинской помощи;

рассматривают поступившие от МО заявки на изменение установленных объемов медицинской помощи.

3) Для Министерства здравоохранения Свердловской области определены следующие действия:

проводит работу по оптимизации и перепрофилированию коечного фонда в подведомственных МО в соответствии с нормативами и маршрутизацией потоков пациентов с учетом уровня оказания медицинской помощи;

информирует Рабочую группу о планируемой реорганизации МО, закрытии/открытии отделений, плановых ремонтах и изменении маршрутизации пациентов;

готовит материалы для рассмотрения на заседаниях Рабочей группы и Комиссии в рамках своей компетенции;

проводит ежемесячный мониторинг выполнения плановых объемов ВМП по видам ВМП и МО, а также анализ заявок МО на перераспределение установленных объемов ВМП; предложения о перераспределении плановых объемов ВМП по видам ВМП с обоснованием направляет в Рабочую группу.

Таким образом, опыт организации работы Комиссий по корректировке объемов медицинской помощи в Пермском крае и Свердловской области показывается возможность и направления конкретизации порядка корректировки планового распределения объемов медицинской помощи, что позволит создать более прозрачную и эффективную систему оплаты сверхплановых объемов медицинской помощи.

Также стоит отметить, что при ответе на запрос по существующему порядку оплаты сверхплановых объемов медицинской помощи ФОМС отмечает, что в целях дальнейшего совершенствования порядка оплаты оказанной медицинской помощи сверх утвержденных объемов по территориальным программам ОМС, во исполнение пункта 1 «в» перечня поручения Президента Российской Федерации В.В. Путина от 12 декабря 2019 г. № Пр-2549ГС по итогам заседания Государственного совета Российской Федерации 31 октября 2019 г. ФОМС подготовлены и направлены в Минздрав России письмом от 20.07.2020 №9405/80/5065 поправки к проекту федерального закона № 875655-7 «О внесении изменений в статью 32 Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», предусматривающие установление дополнительных полномочий ТФОМС по контролю за соблюдением медицинскими организациями, участвующими в территориальных программах ОМС, предельных объемов финансового обеспечения оказания гражданам медицинской помощи.

Однако ФОМС не приводит предлагаемые поправки, поэтому, оценить их не представляется возможным.

Источником сведений о доле случаев оказания медицинской помощи по ОМС, не оплаченных по причине превышения утвержденных объемов медицинской помощи, служат данные представленные ТФОМС в ФОМС по запросу.

Данные о доле неоплаченных случаев (в денежном выражении) за период 2018 – первое полугодие 2020 г. приведены на рисунке № 4.3.2., который отражает, что доля неоплаченных случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара примерно в 2 раза превышала значение показателя по случаям оказания медицинского помощи в круглосуточном стационаре и амбулаторных условиях в 2019 и 2020 годах. При этом, такого отклонения не наблюдалось в 2018 году.

Рассматривая региональный разрез по данным 2018 года, можно отметить следующие региональные особенности:

Наибольшие значения анализируемого показателя для случаев оказания медицинской помощи в амбулторных условиях наблюдались в Ульяновоской области – 19,6%., Пензенской области – 10,6%, Республике Коми – 9,5%.

Наибольшие значения анализируемого показателя для случаев оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара наблюдались в Забайкальском крае – 15,1%., Еврейской автономной области – 12,0%, Республике Ингушетия – 8,2%.

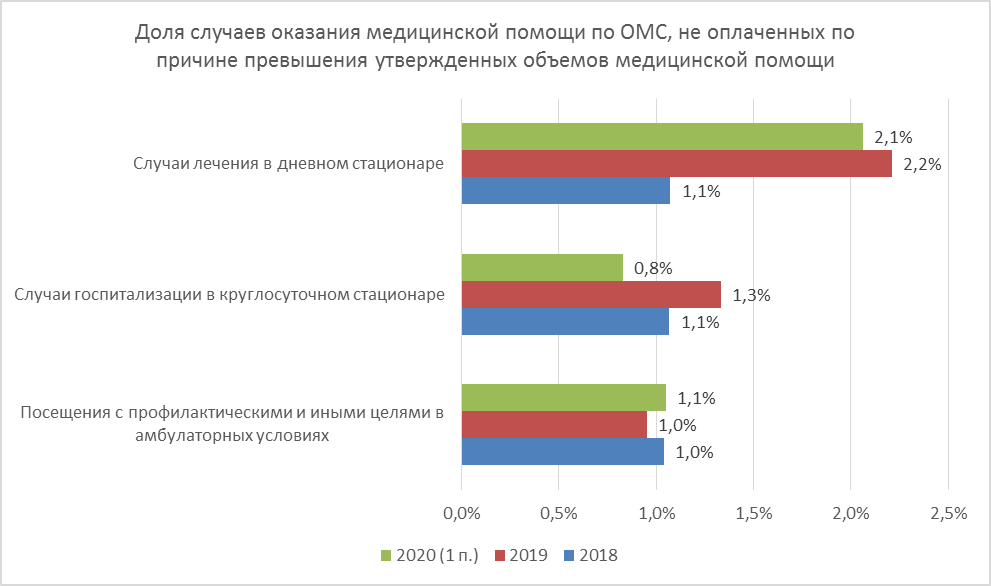


Рисунок № 4.3.2. Доля случаев оказания медицинской помощи по ОМС, не оплаченных по причине превышения утвержденных объемов медицинской помощи, в разрезе условий оказания медицинской помощи за период 2018 – 2020 гг.

Наибольшие значения анализируемого показателя для случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара наблюдались в Забайкальском крае – 12,6%., Республике Калмыкия – 7,4%, Республике Коми – 6,9%.

Для 2019 года характерны следующие региональные особенности:

Наибольшие значения анализируемого показателя для случаев оказания медицинской помощи в амбулторных условиях наблюдались в Республике Коми – 13,9%., Ульяновсокой области – 13,7%, Ямало-Ненецком автономном округе– 8%.

Наибольшие значения анализируемого показателя для случаев оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара наблюдались в Забайкальском крае – 14%., Кабардино-Балкарской Республике – 8,5%, Новосибирской области – 8%.

Наибольшие значения анализируемого показателя для случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара наблюдались в Забайкальском крае – 18,8%., Новосибирской области – 13,5%, Республике Карелия – 9,8%.

Для первого полугодия 2020 года характерны следующие региональные особенности:

Наибольшие значения анализируемого показателя для случаев оказания медицинской помощи в амбулторных условиях наблюдались в г. Санкт-Петербурге – 13,9%., Республике Коми– 13,7%, Владимирской области– 3,6%.

Наибольшие значения анализируемого показателя для случаев оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара наблюдались в Калужской области – 11,6%., Забайкальском крае – 11%, Пензенской области – 9%.

Наибольшие значения анализируемого показателя для случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара наблюдались в Калужской области – 19,4%., Забайкальском крае – 18,1%, Приморском крае – 17,4%.

Представителям ТФОМС был задан ряд вопрос о практиках оплаты сверхплановых объемов и об их мнении о некоторых аспектах, связанных с данной темой.

В первую очередь был задан вопрос о том, оплачиваются ли сверхплановые объемы для каких-либо медицинских организаций. В 40 субъектах РФ ответили, что за сверхплановые объемы оплата не поступает никаким МО, в 6 субъектах РФ – что за сверхплановые объемы оплата производится всем медицинским организациям, как показано на рисунке№ 4.3.3.

Рисунок № 4.3.3. Распределение ответов ТФОМС на вопрос «Получают ли в Вашем субъекте РФ медицинские организации, оказавшие медицинскую помощь сверх объемов, установленных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, оплату за сверхплановые объемы?»

Далее был задан вопрос на уточнение того, каким образом происходит оплата сверхплановых объемов. Ответы представлены на рисунке № 4.3.4.

Рисунок № 4.3.4. Распределение ответов ТФОМС на вопрос «Каким образом производится оплата медицинским организациям сверхплановой медицинской помощи?», %

В 45 субъектах РФ отметили, что оплата сверхплановых объемов происходит через судебные решения по искам МО.

Ответы респондентов, выбравших вариант «Другие механизмы» представлены в таблице № 4.3.6, но в основной своей массе они касаются трех вариантов:

1) более подробное описание варианта «корректировка условий договора..», т.е. плановые объемы корректируются;

2) оплата сверхплановых объемов за счет НСЗ;

3) отрицание оплаты сверхплановых объемов или оплата за счет регионального бюджета.

Таким образом, можно отметить, что оплата сверхплановых объемов чаще всего происходит с помощью двух механизмов: судебные решения по искам медицинских организаций или корректировка (перераспределение) плановых объемов. Также следует отметить, что в Московской области ТФОМС производит оплату сверхплановых объемов за счет регионального бюджета.

Далее респондентам был задан вопрос об их мнении касательно установления механизма разделения финансовой ответственности между МО, СМО и ТФОМС за оплату сверхплановых объемов МП. Ответы представлены на рисунке № 4.3.5.

Рисунок № 4.3.5. Распределение ответов ТФОМС на вопрос «Считаете ли Вы необходимым установление механизма разделения финансовой ответственности территориальных фондов ОМС, страховых медицинских организаций и медицинских организаций за оплату сверхплановой медицинской помощи?», %

Больше половины ТФОМС не поддерживают такой механизм. При этом, только 30 из 86 ТФОМС считают о необходимости установления такого механизма. В таблице № 4.3.7. представлены мнения ТФОМС (тех, кто ответил «Да») о том, как примерно должен выглядеть данный механизм.

Таблица № 4.3.7. Другие механизмы оплаты медицинским организациям сверхплановой медицинской помощи.

|  |  |
| --- | --- |
| Белгородская область | Корректировка объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы |
| Ивановская область | Перераспределение объемов медицинской помощи между медицинскими организациями, выполнившими сверхплана, и медицинскими организациями, не выполнившими запланированный объем, перераспределение выделенных объемов становится плановым |
| Липецкая область | В связи с ежемесячным анализом и своевременной корректировкой объемов между МО в пределах утвержденных годовых значений оплата сверхплановой помощи не требуется (решения о корректировке принимаются комиссией по разработке ТПОМС) |
| Московская область | Выделение средств из бюджета Московской области. |
| Орловская область | Перераспределение объемов медицинской помощи между медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями |
| Республика Карелия | На основании решений Комиссии по разработке ТПОМС |
| Республика Коми | За счет средств НСЗ оплачены сверхплановые объемы оказания амбулаторно-поликлинической форме в неотложной форме |
| Мурманская область | Оплата сверхплановой помощи осуществляется в последующих периодах в пределах объемов и стоимости медицинской помощи, распределенных для данной медицинской организации Комиссией по разработке ТПОМС. |
| Республика Калмыкия | Согласно решению Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС при наличии невыполненных объемов медицинской помощи |
| Краснодарский край | Перераспределение средств с медицинских организаций, не выполнившие утвержденные объемы оказания медицинской помощи в пользу медицинских организаций, превысивших утвержденные объемы |
| Ростовская область | Согласно п.151 Правил ОМС при угрозе превышения объемов они могут корректироваться Комиссией по разработке ТПОМС, после чего производится оплата в пределах "нового" плана |
| Республика Дагестан | Решение Комиссии по ТПОМС по перераспределению объемов медицинской помощи между медицинскими организациями в рамках нормативов ТПОМС |
| Кабардино-Балкарская Республика | Корректировка объемов предоставления медицинской помощи, распределенных между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями по результатам анализа выполнения объемов предоставления медицинской помощи |
| Карачаево-Черкесская Республика | Нет сверхплановой медицинской помощи |
| Республика Северная Осетия-Алания  Продолжение приложения 2.1 | Путем перераспределения объемов медпомощи между медицинскими организациями |
| Ставропольский край | Комиссией по разработке ТПОМС не реже одного раза в месяц осуществляется корректировка объемов медицинской помощи по видам и условиям ее предоставления, с учетом фактического исполнения, а также с учетом показателей потребления медицинской помощи, в рамках утвержденной территориальной программы ОМС |
| Республика Марий Эл | Корректировка условий договоров на оказание медицинской помощи в системе ОМС в пределах общих объемов, утвержденных ПГГ на год (перераспределение объемных показателей между медицинскими организациями) |
| Республика Татарстан | Ввиду отсутствия финансового источника оплата не производится |
| Чувашская Республика | Корректировка производится в течение года в пределах объемов, установленных ТПОМС, оформляется решением КРТП с последующим изменением договоров между ТФОМС и СМО и СМО и МО. |
| Нижегородская область | Оплата производится по результатам перераспределения объемов, при их наличии При невозможности перераспределения, объемы не оплачиваются, счета отклоняются По таким случаям взыскание оплаты производится только по решению суда, количество таких случаев незначительно |
| Оренбургская область | На основании ходатайств СМО, МО, министерства здравоохранения области, с учетом результатов экспертных мероприятий, принимается решение Комиссии по разработке ТПГГ о корректировке объемов |
| Пензенская область | Сверхплановая медицинская помощь не оплачивается. Оплата производится в пределах утвержденных в ТПОМС нормативов объемов медицинской помощи. |
| Свердловская область | За счет медицинских организаций, не исполнивших плановые объемы медицинской помощи |
| Ямало-Ненецкий автономный округ | За счет медицинских организаций, не исполнивших установленные объемы медицинской помощи |
| Республика Тыва | Обращение СМО за НСЗ в территориальный фонд |
| Алтайский край | Медицинская помощь оплачивается в пределах установленных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС объемов |
| Камчатский край | На основании решения Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Камчатском крае в течение текущего года осуществляется перераспределение объемов медицинской помощи и их финансового обеспечения между медицинскими организациями с учетом анализа фактического исполнения плановых показателей за отчетный период. |
| Приморский край | С учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, СМО обращается в Территориальный фонд за предоставлением целевых средств, недостающих для оплаты, из НСЗ Территориального фонда (Правила ОМС, утв.приказом МЗ РФ от 28.02.2019 № 108н, пп.126,127) |
| Сахалинская область | Может образоваться в переходящем периоде задолженность по ,,онкопрофилю" когда дорогие КСГ, ресурс НСЗ |

Таблица № 4.3.7. Мнение представителей ТФОМС о том, следует разделить финансовую ответственность территориальных фондов ОМС, страховых медицинских организаций и медицинских организаций за оплату сверхплановой медицинской помощи

|  |  |
| --- | --- |
| Белгородская область | 50%/50% - ответственность страховых медицинских организаций и медицинских организаций в рамках договора о финансовом обеспечении ОМС |
| Калужская область | с медицинскими организациями, установив дополнителен финансовые санкции в части плановой медицинской помощи |
| Курская область | 1. Ввести рисковое страхование.2. Прописать в нормативных документах оплату из средств бюджета. |
| Московская область | Финансовая ответственность должна быть на медицинских организациях. |
| Рязанская область | Полностью возложить финансовую ответственность на СМО в части, превышающей НСЗ ТФОМС (риски СМО) |
| Смоленская область | Законодательно установить разделение финансовой ответственности, определив основания для оплаты сверхплановой медицинской помощи как для медицинских организаций, так и страховых медицинских организаций, ТФОМС и органа исполнительной власти субъекта. |
| Тверская область | Исходя из сложившейся судебной практики, фактически финансовую ответственность за оплату сверхплановой медицинской помощи в настоящий момент несет только ТФОМС.  Считаем целесообразным предусмотреть на законодательном уровне финансовую ответственность медицинских организаций за оказание медицинской помощи в объеме сверх установленного Комиссией по разработке ТПОМС при наличии установленных объемов оказания данного вида помощи в иных медицинских организациях из числа участвующих в реализации ТПОМС. А также финансовую ответственность страховой медицинской организации за счет средств на ведение дела в случае оплаты сверхплановой медицинской помощи без проведения экспертных мероприятий. |
| Тульская область | С включением в механизм разделения финансовой ответственности также органа исполнительной власти субъекта в сфере здравоохранения |
| Республика Карелия | Необходимо определить ответственность МО и СМО за несвоевременное предоставление заявок на корректировку объемов и финансовых планов в Комиссию по ТПОМС. Установить на федеральном уровне полномочия СМО по проведению экспертиз по сверхплановым объемам (без учета оплаты) |
| Архангельская область | Формирование страховых резервов страховыми медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, с целью компенсации подтвержденных медицинскими организациями расходов на оказание сверхплановой медицинской помощи |
| Новгородская область | Установление понижающего коэффициента для медицинских организаций на сверх объемы; оплата сверх объемов за счет собственных средств страховых медицинских организаций. |
| Псковская область | действующим законодательством оплата сверхплановой медицинской помощи без решения комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования исключена. |
| Республика Крым | определить источником финансирования медицинской помощи, оказанной сверх объемов, установленных территориальной программой, за счет средств бюджета субъекта РФ |
| Ростовская область | Необходимо вернуть СМО страховые резервы (было до 2010г.). При превышении "плановых" объёмов СМО проводят экспертизу. Случаи, признанные обоснованными, оплачиваются из собственных резервов. Необоснованные - риски МО. |
| г. Севастополь | 1. Медицинские организации:   уменьшение объемов с учетом следующих нарушений:  1.1. госпитализацией застрахованных лиц без медицинских показаний (необоснованные госпитализации), медицинская помощь которым могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара.  1.2. госпитализации застрахованных лиц, медицинская помощь которым должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям. 2. Страховые медицинские организации: штрафные санкции за отсутствие оценки риска превышения объемов медицинской помощи и финансовых средств, распределенными медицинской организации, нецелевой расход финансовых средств. 3. ТФОМС: нецелевой расход финансовых средств. |
| Республика Ингушетия | финансовую ответственность за оплату сверхплановой медицинской помощи следует разделить в равных долях между СМО и ТФОМС и частично МО, например в пропорции 40:40:20 |
| Кабардино-Балкарская Республика | На законодательном уровне должна быть определена ответственность медицинских организаций и страховых медицинских организаций за неисполнение требований действующего законодательства по ежемесячному анализу предъявленных к оплате объемов оказанной медицинской помощи и финансовых средств и своевременной оценке риска превышения объемов медицинской помощи и финансовых средств, распределенных решением Комиссии с применением соответствующих санкций, в целях предотвращения образования объемов предоставления медицинской помощи сверх установленных решением Комиссии |
| Республика Северная Осетия-Алания | финансовую ответственность должны нести все участники системы ОМС, в том числе органы государственной власти |

|  |  |
| --- | --- |
| Кировская область | Введение штрафных санкций: для медицинских организаций в случае нарушения пункта 122 Правил ОМС (приказ МЗ РФ от 28.02.2019 № 108н); для страховых медицинских организаций в случае нарушения пункта 121 Правил ОМС. |
| Нижегородская область | Данный вопрос требует существенной проработки, полного пакета детального проектирования, публичного обсуждения. Требуется оценка показателей, рисков и результатов планируемых изменений, в первую очередь в отношении прав пациентов и финансовой устойчивости системы ОМС в целом. |
| Оренбургская область | Усилить ответственность страховых медицинских организаций в части контроля обоснованности оказания медицинской помощи; усилить ответственность медицинских организаций в части выполнения объемов, утвержденных Комиссией по разработке ТПГГ |
| Самарская область | При наличии сверхплановой медицинской помощи, часть собственных средств СМО, оплаченная формируемых от санкций по результатам экспертиз, направляется на оплату сверхплановой на оплату сверхплановой медицинской помощи. При недостаточности средств НСЗ ТФОМС и средств СМО для оплаты сверхплановой медицинской помощи, такая помощь оплате не подлежит. |
| Кемеровская область | за экстренную - отвечает СМО, за плановую - медицинская организация |
| Новосибирская область | Финансовая ответственность должна возникать только в случае отсутствия нецелевого использования средств МО, наличия у нее кредиторской задолженности и обоснованной госпитализации с соблюдением преемственности оказания медицинской помощи |
| Томская область | финансовую ответственность по оплате плановой медицинской помощи, оказанной медицинской организацией сверх распределенных объемов, предлагаем разделить следующим образом: 20% стоимости - за счет средств медицинской организации, 40% - за счет средств на ведение дела СМО, 40% - за счет средств НСЗ ТФОМС |
| Забайкальский край | М.О. доказывают в Краевой комиссии необходимость корректировки объемов, после принятия решения об увеличении объемов СМО оплачивает такую помощь, если такое решение не принимается - оплата не производится, притом ни СМО , ни ТФОМС не несут ответственность за неоплату. |
| Магаданская область | Согласно статьи 8 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинской страховании» к полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования относятся финансовое обеспечение и реализация территориальных программ обязательного медицинского страхования в размере, превышающем размер субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов. Объёмы медицинской помощи, не оплаченные по причине превышения утвержденных объемов медицинской помощи в территориальной программе по ОМС, оказаны сверх объёмов, на которые рассчитана субвенция, предоставляемая из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов, соответственно оплата указанных объёмов должна осуществляться за счёт средств бюджета субъекта РФ. |
| Сахалинская область | Фонду проводить повторный МЭК, при выявлении дефектов, считать, оформлять их ответственностью СМО. Источник от % СМО сверх норматива, установленного законодательством от применения санкций, (дополнительно) |
| Еврейская автономная область | Ответственность ТФОМС - в пределах экономии финансовых средств, сложившейся в связи с невыполнением объемов отдельными МО; ответственность МО - выполнение установленных объемов, так как они с начала года информированы о размерах плановых заданий; ответственность СМО - в пределах полученных от ТФОМС средств. |
| Байконур | В большем объеме финансовая ответственность за оплату сверхплановой медицинской помощи должна быть определена за страховыми медицинскими организациями. Денежные средства, в таких случаях, должны быть выделены из специально создаваемых резервов. |

1. Приказ Минздрава России от 28.02.2019 N 108н (ред. от 25.09.2020) «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (Зарегистрировано в Минюсте России 17.05.2019 N 54643) [↑](#footnote-ref-1)