

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Федеральный фонд обязательного
медицинского страхования

от 04.09.2020 № 11-7/4/2-12704 от 04.09.2020 № 12460/30.2/4

Руководителям
органов государственной власти
субъектов Российской
Федерации в сфере охраны
здоровья

Директорам
территориальных фондов
обязательного медицинского
страхования

Министерство здравоохранения Российской Федерации совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования в целях реализации постановления Правительства Российской Федерации от 3 апреля 2020 г. № 432 «Об особенностях реализации базовой программы обязательного медицинского страхования в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией» (в редакции постановления Правительства Российской Федерации от 3 августа 2020 г. № 1166 «О внесении изменений в пункт 1 постановления Правительства Российской Федерации от 3 апреля 2020 г. № 432) (далее – постановление № 432), сообщает.

Реализация подпунктов «м» и «н» пункта 1 постановления № 432 осуществляется территориальными фондами обязательного медицинского страхования (далее – территориальный фонд), страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями в следующем порядке.

1. Территориальный фонд осуществляет:

- расчет объема финансового обеспечения расходов страховых медицинских организаций и медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, за период с 1 апреля по 31 июля 2020 года, исходя из 1/12 объема годового финансового обеспечения объема предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, распределенного на 2020 год для соответствующих страховых медицинских организаций и медицинских организаций первоначальным решением комиссии по разработке

территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с подпунктом «м» пункта 1 постановления № 432 (далее - расчетный размер аванса);

- расчет доли расходов, указанных в подпункте «н» пункта 1 постановления № 432 в общем объеме расходов соответствующей медицинской организации, по каждой медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, (далее – доля расходов медицинской организации), на основании данных формы федерального статистического наблюдения № 14-Ф (ОМС) «Сведения о поступлении и расходовании средств ОМС медицинскими организациями», утвержденной приказом Росстата от 17 апреля 2014 г. № 258 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере обязательного медицинского страхования» (далее - форма 14-Ф (ОМС)), за 2019 год;

- доведение до страховых медицинских организаций расчетного размера аванса и доли расходов медицинской организации по каждой медицинской организации.

Для расчета доли расходов медицинской организации следует использовать сведения графы 4 раздела III формы 14-Ф (ОМС) «Расходование средств ОМС» по строкам:

01 «Израсходовано средств за отчетный период – всего»;

02 «Оплата труда и начисления на выплаты по оплате труда»;

09 «Коммунальные услуги»;

11 «Работы, услуги по содержанию имущества»;

17 «Прочие расходы» в части уплаты налогов и сборов, установленных законодательством Российской Федерации.

Для медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования начиная с 2020 года, доля расходов медицинской организации рассчитывается на основании данных формы 14-Ф (ОМС) за 1 полугодие 2020 года.

Расчет доли расходов медицинской организации осуществляется в целом по медицинской организации вне зависимости от условий оказания и способов оплаты медицинской помощи.

В случае реорганизации медицинской организации в январе-июле 2020 года для определения расчетного размера аванса принимается объем финансового обеспечения объема предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию реорганизованной медицинской организации.

Определение расчетного размера аванса не производится:

в случае если с 1 января по 31 июля 2020 года медицинская организация не оказывала медицинскую помощь;

в части медицинской помощи, оплата за которую осуществляется по подушевому нормативу финансирования;

по медицинским организациям, у которых сумма принятых к оплате счетов (реестров счетов) за оказанную за период с 1 апреля по 31 июля 2020 года медицинскую помощь превышает расчетный размер аванса.

2. Страховая медицинская организация после получения от территориального фонда сведений о расчетном размере аванса и доле расходов медицинских организаций осуществляет сверку информации о суммах фактически перечисленных авансов на оплату медицинской помощи и принятых к оплате счетов (реестров счетов) за оказанную медицинскую помощь за период с 1 апреля по 31 июля 2020 года с каждой медицинской организацией.

По результатам сверки страховая медицинская организация определяет расчетную сумму средств, подлежащих дополнительному перечислению в медицинскую организацию или возврату в бюджет территориального фонда, по следующей формуле:

$$C = A_{\text{факт}} - \Phi - (A_{\text{план}} - \Phi) * Д, \text{ где:}$$

С — расчетная сумма средств, подлежащих дополнительному перечислению в медицинскую организацию (значение со знаком «-») или возврату в бюджет территориального фонда (значение со знаком «+»);

$A_{\text{факт}}$ — сумма перечисленного медицинской организации аванса за период с 1 апреля по 31 июля 2020 года;

Φ — сумма предъявленных к оплате от медицинской организации счетов (реестров счетов) за оказанную медицинскую помощь за период с 1 апреля по 31 июля 2020 года;

В случае осуществления страховыми медицинскими организациями окончательных расчетов с медицинскими организациями за период с 1 апреля по 31 июля 2020 года, значение выражения $A_{\text{факт}} - \Phi$ принимается равным нулю.

$A_{\text{план}}$ — расчетный размер аванса;

Д — доля расходов медицинской организации.

3. После определения размера средств, подлежащих дополнительному перечислению в медицинскую организацию или возврату в бюджет территориального фонда между медицинской организацией и страховой медицинской организацией оформляются акты сверки расчетов по состоянию на 1 апреля и за период с 1 апреля по 31 июля 2020 года (без учета сальдо расчетов по состоянию на 1 апреля). Акт сверки расчетов за период с 1 апреля по 31 июля 2020 года должен включать следующие сведения за указанный период:

расчетный размер аванса;

сумму перечисленного медицинской организации аванса;

сумму, перечисленную медицинской организации (полученную от медицинской организации) в рамках проведения окончательного расчета (при наличии);

сумму, предъявленных медицинской организацией счетов (реестров счетов) за оказанную медицинскую помощь;

сумму средств, сформированных за нарушения, выявленные по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

сумму штрафов, начисленных за нарушения, выявленные по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

сумму принятых к оплате счетов (реестров счетов) за оказанную медицинскую помощь;

доля расходов медицинской организации;

расчетная сумма расходов, медицинской организации, превышающая сумму предъявленных к оплате счетов (реестров счетов) за оказанную медицинскую помощь $((A_{\text{план}} - \Phi) * Д)$;

расчетная сумма средств, подлежащих дополнительному перечислению в медицинскую организацию или возврату в бюджет территориального фонда.

4. По итогам оформления актов сверки расчетов медицинская организация вправе направить в страховую медицинскую организацию дополнительную заявку на авансирование оплаты медицинской помощи в пределах расчетной суммы средств, подлежащих дополнительному перечислению в медицинскую организацию.

При этом сумма, указанная медицинской организацией в заявке на авансирование, включается в акт сверки за период с 1 апреля по 31 июля 2020 года отдельной строкой и учитывается при корректировке размера кредиторской задолженности медицинской организации перед страховой медицинской организацией в соответствии с подпунктом «н» пункта 1 постановления № 432.

5. При получении заявок, сформированных в соответствии с пунктом 4 настоящего письма, страховая медицинская организация формирует в соответствии с пунктом 124 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28 февраля 2019 г. № 108н (далее – Правила), и направляет в территориальный фонд заявку на дополнительное авансирование оплаты медицинской помощи в разрезе медицинских организаций, с приложением к ней всех актов сверки расчетов по состоянию на 1 апреля 2020 года и всех актов сверки расчетов за период 1 апреля - 31 июля 2020 года.

6. Между страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом составляется акт сверки за период с 1 апреля по 31 июля 2020 года, который содержит свод показателей, предусмотренных в актах сверки расчетов между медицинской организацией и страховой медицинской организацией (доля расходов медицинских организаций указывается как средневзвешенная) с отдельным отражением расчетных сумм средств, подлежащих дополнительному перечислению в медицинскую

организацию или возврату в бюджет территориального фонда и фактических сумм, перечисленных (возвращенных) медицинской организации (ей) по каждой медицинской организации (развернутое сальдо).

7. В случае, если по итогам оформления акта сверки расчетов определена сумма средств, подлежащих возврату в бюджет территориального фонда, страховая медицинская организация обеспечивает в соответствии с пунктом 126 Правил возврат указанных средств или уменьшает суммы, подлежащие перечислению в медицинскую организацию на основании счетов (реестров счетов) на оплату медицинской помощи в будущих периодах, после отмены установления решением высшего должностного лица субъекта Российской Федерации (руководителя высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации) на территории субъекта Российской Федерации ограничительных мер по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения в связи с распространением новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (далее – ограничительные меры) в соответствии с графиком, согласованным с территориальным фондом, но не позднее 20 декабря 2020 года.

Изложенный порядок расчетов применяется для медицинских организаций независимо от их формы собственности.

Начиная с августа 2020 года авансирование медицинских организаций осуществляется в следующем порядке:

- 1) при условии сохранения ограничительных мер – в соответствии с пунктами 123.1 и 125.1 Правил;
- 2) при условии снятия ограничительных мер – в соответствии с пунктом 2 приказа Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 г. № 1030н «Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования».

Заместитель Министра
здравоохранения Российской
Федерации

Н.А. Хорова



Председатель Федерального
фонда обязательного
медицинского страхования

Е.Е. Чернякова

