



МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

ИНФОРМАЦИОННО—ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА

«МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»

ДАЙДЖЕСТ ПУБЛИКАЦИЙ

ЯНВАРЬ 2023 ГОДА

МАТЕРИАЛЫ ПОДГОТОВЛЕНЫ
ЭКСПЕРТАМИ ГАРАНТ



NOVARTIS

ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА «МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»

ДАЙДЖЕСТ ПУБЛИКАЦИЙ

Январь 2023 года. Выпуск №1 (29)

**Ежемесячная подборка тематических статей и комментариев специалистов по
правовым, организационным и экономическим вопросам.**

Оглавление

1. Поменялись правила распределения и перераспределения между федеральными медицинскими центрами объемов медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС	2
2. Оказание медицинской помощи иностранным гражданам: на что обратить внимание	3
3. Внесены уточнения и дополнения в Правила ОМС	4

Материалы подготовлены с использованием справочно-правовой системы «ГАРАНТ»

1. Поменялись правила распределения и перераспределения между федеральными медицинскими центрами объемов медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС

Постановление Правительства РФ от 18 января 2023 г. N 41

Кабмин установил новые правила распределения и перераспределения объемов предоставления специализированной медпомощи, в том числе ВМП, включенной в базовую программу ОМС, между федеральными медорганизациями (такие, чьи учредителями выступают Правительство РФ или федеральные ведомства):

- федеральные медорганизации отправляют заявки на объемы медпомощи в федеральный фонд ОМС,

- он, в свою очередь, направляет их в Минздрав - в срок, не превышающий 5 рабочих дней со дня утверждения Правительством РФ программы госгарантий бесплатного оказания медпомощи на очередной год,

- Минздрав в течение 5 дней распределяет эти объемы между федеральными медорганизациями по согласованию с вице-премьером по социальным вопросам.

При распределении медпомощи учитывается около 10 параметров, в том числе фактические объемы оказанной медпомощи за прошлый год, число коек, изменение мощности медорганизации и т.п. В течении следующих 5 рабочих дней информация о распределенных объемах доводится до ФФОМС, федеральных медорганизаций и их учредителей.

При распределении учитываются также объемы медпомощи и соответствующие им объемы финансового обеспечения в экстренной форме:

- медорганизациям в ЗАТО или единственным на территории муниципального образования, которая оказывает специализированную медпомощь или ВМП;

- медорганизациям, подведомственным Управделами Президента РФ, Минобороны, МВД РФ, МЧС, ФТС;

- научным организациям по ряду профилей ("хирургия", "кардиология", "сердечно-сосудистая хирургия", "травматология и ортопедия", "комбустиология", "неонатология", "акушерство и гинекология", "детская хирургия", "нейрохирургия", "офтальмология", "детская офтальмология", "челюстно-лицевая хирургия" и "оториноларингология").

Перераспределить объемы медпомощи могут Минздрав совместно с ФФОМСом, утверждает перераспределенные объемы медпомощи Минздрав и упомянутый вице-премьер, установлено 7 оснований для перераспределения (предложение медорганизации, изменение ППГ, неисполнение распределенных объемов и т. п.).

Заявление о перераспределении можно отправлять в ФФОМС ежеквартально, не позднее 15-го числа месяца, следующего за месяцем окончания квартала, еще через 10 дней ФФОМС отправит предложения в Минздрав. Предложения о внесении изменений в распределение объемов в части уникальных методов лечения, применяемых при сердечно-сосудистой хирургии и трансплантации органов, формируются отдельно от остальных предложений. Но если организация просит увеличить объемы, а сама не выполняет те, что ей были выделены, то она получит отказ.

2. Оказание медицинской помощи иностранным гражданам: на что обратить внимание

Находящиеся на территории России представители других государств имеют право на получение медицинской помощи. Правила оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации утверждены Постановлением Правительства РФ от 06.03.2013 N 186. Согласно данному документу, медицинская помощь иностранным гражданам, оказываемая медицинскими учреждениями системы здравоохранения РФ, может предоставляться как на платной основе так и бесплатно.

Рассмотрим **факторы, влияющие на определение медучреждением допустимого источника финансирования медпомощи** в таких случаях.

Во-первых, имеет значение правовой статус иностранного гражданина: беженец, временно пребывающий, временно или постоянно проживающий.

Во-вторых, важен социальный статус: осуществляющий трудовую деятельность или нет.

В-третьих, наличие страхового полиса ОМС или его отсутствие. Право получения страхового полиса регламентируется положениями Закона об обязательном медстраховании.

В-четвертых, нужно понимать, гражданином какого государства или территории является иностранец.

В-пятых, значение имеет вид (первичная; специализированная, в т.ч. высокотехнологичная; скорая, в том числе скорая специализированная; паллиативная) и форма (плановая, неотложная, экстренная) медицинской помощи, оказываемой иностранному гражданину.

Итак, оказание медицинской помощи иностранцам может осуществляться **за счет следующих источников:**

1. Средства ОМС, если иностранный гражданин застрахован в системе ОМС.
 2. Средства бюджета (федерального или регионального), если речь идет об экстренной медпомощи при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний, которые представляют угрозу для жизни пациента; скорую, в том числе специализированной медпомощи при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях, которые требуют срочного медицинского вмешательства.
- Также за счет средств бюджета может предоставляться медицинская помощь в объеме, соответствующем установленным Правительством РФ государственным гарантиям оказания бесплатной медицинской помощи гражданам РФ. Категория таких получателей: беженцы, граждане Украины, ДНР и ЛНР, в экстренном порядке покинувшие территорию проживания.
3. Средства приносящей доход деятельности (ДМС, личные средства гражданина или его представителя), за счет которых предоставляется иная требуемая медицинская помощь.

Особенности предоставления медицинской помощи гражданам Украины, ДНР и ЛНР, вынужденно покинувшим территорию Украины, ДНР, ЛНР и прибывшим на территорию РФ в экстренном массовом порядке определены постановлением Правительства РФ от 31.10.2014 N 1134. Для этой категории иностранных граждан установлены "расширенные" гарантии по предоставлению бесплатной медицинской помощи.

Так, указанные лица имеют право на :

- проведение обязательного медицинского освидетельствования лиц, получивших свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу;
- первичную медико-санитарную помощь;
- обеспечение лекарственными препаратами, отпускаемыми населению в соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно;
- паллиативную медицинскую помощь при заболеваниях и состояниях, включенных в программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- проведение профилактических прививок, включенных в календарь по эпидемическим показаниям;
- специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в неотложной форме при заболеваниях и состояниях, включенных в программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медпомощи;
- экстренную медицинскую помощь.

Расходы медицинскому учреждению возмещаются либо за счет средств ОМС (если граждане уже оформили страховой полис), либо за счет средств бюджета.

3. Внесены уточнения и дополнения в Правила ОМС

Приказ Минздрава РФ от 13 декабря 2022 г. N 789н (зарег. в Минюсте 30.12.2022)

В Правила ОМС внесены уточнения и дополнения, связанные с введением цифровых полисов ОМС и страхованием работающих в РФ граждан ЕАЭС, в частности:

- появился порядок подачи заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц (после получения гражданства, при рождении) и перечень сведений, который должен быть отражен в этом заявлении (в том числе о намерении получить полис на материальном носителе),
- появился бланк заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации,
- уточнены требования к электронной подписи заявления о замене/ выборе СМО и включения в единый регистр застрахованных лиц (если они подаются через ЕПГУ - достаточно УНЭП, сертификат ключа проверки которой создан и используется на ЕПГУ; если заявления подаются через сайт ТФОМС - их подписывают УКЭП);
- установлен порядок подачи заявления о переоформлении полиса, в частности, такое заявление нельзя подавать через ЕПГУ;
- уточняется, что дубликат полиса - в случае утраты полиса ОМС на бланке - не выдают, вместо этого можно получить выписку (со штрихкодом) о полисе (в том числе на ЕПГУ);
- установлен порядок загрузки ФФОМСом сведений в единый регистр застрахованных;

- регламентирован порядок подачи заявления о приостановлении действия полиса.

Кроме того, часть поправок связана с переходом на реестровую модель лицензирования в здравоохранении, в частности, вместе с уведомлении СМО/ медорганизации о намерении работать в сфере ОМС допускается вместо лицензии предоставлять выписки из реестра лицензий. Часть поправок связана с объединением ФСС и ПФР.

Утратила силу норма о том, что в условиях ЧС и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, размер аванса, предоставляемого ТФОМСом страховой медицинской организации на основании заявки на авансирование, может составлять до 100 % размера финобеспечения СМО, при этом СМО разрешено указывать в декабрьской заявке на авансирование сразу 95%, в октябре и ноябре - 50% размера финобеспечения на месяц, предшествующий месяцу направления заявки на авансирование. Кроме того, дополнены реквизиты заявки СМО на получение средств на оплату счетов, а также включено положение о том, что при наличии у СМО задолженности по оплате медпомощи за месяцы, предшествующие отчетному в текущем году, остатки целевых средств после оплаты медпомощи за отчетный месяц направляются в медорганизации на пропорциональное погашение указанной задолженности. Средства, оставшиеся после погашения задолженности, возвращаются в ТФОМС. Уточнено, что СМО одновременно с отчетом об использовании целевых средств предоставляет в ТФОМС согласованный с медорганизацией график возврата медорганизацией задолженности по возврату средств авансирования, не обеспеченных выставленными счетами на оплату медицинской помощи с учетом результатов контроля за предоставлением медпомощи. Установлен порядок проверки СМО в целях установления причин недостатка у нее целевых средств, включающей подтверждение ТФОМСом увеличения объемов, в том числе, связанное с повышенной заболеваемостью, и их финансового обеспечения, включая увеличение тарифов на оплату медпомощи, а также количества застрахованных лиц и (или) изменением их структуры по полу и возрасту.

Установлено, что если суммарный объем средств по обращениям, полученным от СМО, превышает размер сформированного НСЗ, терфонд уменьшает суммы для каждой СМО для приведения в соответствие с размером средств НСЗ. При этом СМО направляет полученные от ТФОМС средства НСЗ в медорганизации пропорционально суммам, указанным в заявке на получение средств на оплату счетов медорганизации.

Уточнены требования к счетам на оплату и реестрам счетов медорганизации.

Введена формула для случаев применения кода нарушения/дефекта 2.16.1.

Уточнено, что в случае увеличения объемов медпомощи, выделенных медорганизации, она представляет счета и реестры счетов не позднее 5-го рабочего дня месяца, следующего за месяцем, в котором Комиссией были пересмотрены объемы предоставления медпомощи и (или) ее финансового обеспечения. А за пересмотром таких объемов медорганизация должна будет обратиться в течение 5 рабочих дней после получения заключения по результатам МЭК.