

**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ  
ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ПРИКАЗ**

« 10 » 01 2023

№ 4

Томск

Об утверждении форм заявок на авансирование медицинской помощи, на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи, на получение целевых средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь

На основании вступившего в силу 10.01.2023 приказа Минздрава России от 13.12.2022 № 789н, вносящего изменения в пункты 124, 125, 145 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н,

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить:
  - 1.1. форму заявки на авансирование медицинской помощи согласно приложению 1 к настоящему приказу;
  - 1.2. форму заявки на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи согласно приложению 2 к настоящему приказу;
  - 1.3. форму заявки на получение целевых средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь согласно приложению 3 к настоящему приказу.
2. Приказ ТФОМС Томской области от 30.06.2021 №340 «Об утверждении форм заявок на авансирование медицинской помощи, на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи, на получение целевых средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь» признать утратившим силу.
3. Финансово-экономическому управлению (Е.В.Емельянова) разместить формы заявок, перечисленные в пункте 1 настоящего приказа, на официальном сайте ТФОМС Томской области в сети «Интернет» в срок до 10.01.2023.
4. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

И.о.директора



С.Н.Старкова

А.Ю.Мусорина

В \_\_\_\_\_  
(наименование страховой медицинской организации (филиала))

**ЗАЯВКА НА АВАНСИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

на \_\_\_\_\_  
(месяц, год)

от \_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации)

Наименование показателя	№ строки	Значение показателя
Размер финансового обеспечения медицинской помощи, распределенной медицинской организации решением Комиссии по разработке территориальной Программы обязательного медицинского страхования в Томской области, руб.	01	
Одна двенадцатая размера финансового обеспечения медицинской помощи, распределенной медицинской организации решением Комиссии по разработке территориальной Программы обязательного медицинского страхования в Томской области, руб.	02	
Среднемесячный объем средств, направляемый на оплату медицинской помощи страховой медицинской организацией в медицинскую организацию за последние три месяца либо с начала действия договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС (в случае периода действия договора менее трех месяцев), руб.	03	
Процент авансирования от среднемесячного объема средств, направляемого на оплату медицинской помощи страховой медицинской организацией в медицинскую организацию за последние три месяца либо с периода начала действия договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС (в случае периода действия договора менее трех месяцев), %	04	
Сумма авансирования, перечисленная страховой медицинской организацией в медицинскую организацию в прошлых периодах, не обеспеченная выставленными медицинской организацией счетами на оплату медицинской помощи (за исключением месяца, предшествующего месяцу подачи заявки), руб.	05	
Сумма авансирования, перечисленная страховой медицинской организацией в медицинскую организацию в прошлых периодах, не обеспеченная выставленными медицинской организацией счетами на оплату медицинской помощи (за исключением месяца, предшествующего месяцу подачи заявки), подлежащая учету при расчете суммы авансирования на текущий период, руб.	06	
Сумма авансирования (без вычета значения показателя, предусмотренного стр. 6), руб. (стр. 03 (не более стр. 02) * стр. 04)	07	
Сумма авансирования, руб. (стр. 03 (не более стр. 02) * стр. 04 - стр. 06)	08	

Руководитель  
медицинской организации \_\_\_\_\_  
(подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Главный бухгалтер  
медицинской организации \_\_\_\_\_  
(подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

М.П.  
Дата составления заявки: " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Исполнитель \_\_\_\_\_  
(подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи) \_\_\_\_\_ (телефон)

ФОРМА

В Территориальный фонд обязательного  
медицинского страхования Томской области

от \_\_\_\_\_

(наименование страховой медицинской организации (филиала))

**ЗАЯВКА**  
**на получение целевых средств**  
**на авансирование оплаты медицинской помощи**  
на \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

В соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ прошу предоставить средства на авансирование оплаты медицинской помощи на \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
(месяц)

Наименование показателя	№ строки	Значение показателя
Размер финансового обеспечения страховой медицинской организации, рассчитанный в соответствии с пунктом 139 Правил обязательного медицинского страхования, на месяц, предшествующий месяцу направления заявки на авансирование, руб.	01	
Среднемесячный объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи страховой медицинской организацией в медицинские организации за последние три месяца либо с периода начала действия договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС (в случае периода действия договора менее трех месяцев), руб.	02	
Сумма авансирования медицинских организаций, не обеспеченная счетами на оплату медицинской помощи за предшествующий период (за исключением месяца, предшествующего месяцу подачи заявки), руб.	03	
Процент от размера финансового обеспечения СМО, рассчитанного в соответствии с пунктом 139 Правил обязательного медицинского страхования, на месяц, предшествующий месяцу направления заявки на авансирование, %	04	
Объем средств, необходимый для направления в медицинские организации в соответствии с заявками медицинских организаций на авансирование оплаты медицинской помощи, руб.	05	

Директор страховой медицинской  
организации (филиала)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Главный бухгалтер страховой  
медицинской организации (филиала)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

М.П.

Исполнитель \_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_ (телефон)

Дата составления заявки \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

**Перечень заявок на авансирование медицинской помощи, направленных медицинскими организациями в страховую медицинскую организацию**

на \_\_\_\_\_  
(месяц, год)

№ п/п	Код МО	Наименование медицинской организации	№ и дата заявки на авансирование медицинской помощи	Размер финансового обеспечения медицинской помощи, распределенный решением Комиссии по разработке территориальной Программы ОМС в Томской области, руб.	Одна двенадцатая размера финансового обеспечения медицинской помощи, распределенного решением Комиссии по разработке территориальной Программы ОМС в Томской области, руб.	Среднемесячный объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи СМО в МО за последние три месяца либо с периода начала действия договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС (в случае действия договора менее трех месяцев), руб.	Процент от среднемесячного объема средств, направляемого на оплату медицинской помощи СМО в МО за последние три месяца либо с периода начала действия договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС (в случае действия договора менее трех месяцев), %	Сумма авансирования, перечисленная СМО в МО в прошлых периодах, не обеспеченная выставленными МО счетами на оплату медицинской помощи (за исключением месяца, предшествующего месяцу подачи заявки), подлежащая учету при расчете суммы авансирования на текущий период, руб.	Сумма авансирования, перечисленная СМО в МО в прошлых периодах, не обеспеченная выставленными МО счетами на оплату медицинской помощи (за исключением месяца, предшествующего месяцу подачи заявки), подлежащая учету при расчете суммы авансирования на текущий период, руб.	Сумма авансирования, руб. (гр.7 (не более гр.6) * гр.8) - гр.10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		Итого								

Руководитель страховой медицинской организации (филиала) \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Главный бухгалтер страховой медицинской организации (филиала) \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Исполнитель \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)  
 \_\_\_\_\_ (номер контактного телефона) \_\_\_\_\_ (дата составления документа)

В Территориальный фонд обязательного  
медицинского страхования Томской области

от \_\_\_\_\_  
(наименование страховой медицинской организации (филиала))

**ЗАЯВКА  
НА ПОЛУЧЕНИЕ ЦЕЛЕВЫХ СРЕДСТВ НА ОПЛАТУ СЧЕТОВ ЗА ОКАЗАННУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ**

за \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
(месяц)

В соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
прошу предоставить целевые средства на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь за \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Наименование показателя	№ строки	За отчетный период	Нарастающим итогом с начала финансового года
1	2	3	4
Численность застрахованных лиц, чел.	01		X
Размер финансового обеспечения страховой медицинской организации, утвержденный территориальным фондом по дифференцированным подушевым нормативам, руб.	02		X
Сумма средств, полученных страховой медицинской организацией по заявке на авансирование за отчетный месяц, руб.	03		X
Объем целевых средств, необходимый для оплаты медицинской помощи за отчетный месяц по счетам на оплату медицинской помощи, полученных от территориального фонда, в том числе с учетом санкций, выставленных по результатам проведенного медико-экономического контроля, и с учетом средств авансирования, предоставленного медицинским организациям, в т.ч.:	04		X
- объем средств по счетам на оплату медицинской помощи, по которым оплату расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве осуществляет территориальный орган Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации, руб.	04.1		X
Объем средств, излишне направленных в медицинские организации на оплату расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве, по которым оплату расходов на медицинскую помощь осуществляет территориальный орган Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации, в предшествующих периодах, руб.	05		X
Объем средств, поступивших в отчетном месяце от юридических и физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, в пределах суммы, затраченной на оплату медицинской помощи, руб.	06		X
Объем средств, необходимый для перечисления в медицинские организации, объем средств, по которым подлежит списанию задолженность медицинских организаций, по решениям, принятым в соответствии с законодательством РФ, руб.	07		X
Сумма по примененным к медицинским организациям мерам по результатам медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, в том числе с учетом сумм, не учтенных при оплате медицинской помощи медицинским организациям, в т.ч.:	08		
- сумма по примененным к медицинским организациям мерам по результатам медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, превышающая сумму по представленным медицинскими организациями счетам на оплату медицинской помощи с учетом средств авансирования, предоставленного медицинским организациям в предыдущие месяцы, нарастающим итогом с начала финансового года, руб.	08.1	X	
- сумма по примененным к медицинским организациям мерам по результатам медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, превышающая сумму по представленным медицинскими организациями счетам на оплату медицинской помощи с учетом суммы авансирования, предоставленного медицинским организациям за отчетный месяц, нарастающим итогом с начала финансового года, руб.	08.2		
Сумма выставленных к медицинским организациям требований по возврату средств ОМС, по которым не получен возврат средств за отчетный период года, нарастающим итогом с начала финансового года, руб.	10		
Сумма полученных от медицинских организаций возвратов средств ОМС за отчетный период, руб.	11		X
Сумма средств авансирования, направленная в медицинские организации, на которую данными организациями не представлены счета на оплату медицинской помощи по отчетному месяцу, нарастающим итогом с начала финансового года, руб.	12		
Размер целевых средств для оплаты медицинской помощи в пределах остатка целевых средств, возвращенных в территориальный фонд в предыдущие периоды, а также подлежащих возврату в территориальный фонд (заполняется в случае недостатка целевых средств, поступивших по дифференцированным подушевым нормативам), руб.	13		X
Итоговая сумма целевых средств по заявке, руб.	14		X

Руководитель страховой медицинской организации (филиала) \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

Главный бухгалтер страховой медицинской организации (филиала) \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.  
Исполнитель \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи) (телефон)

Дата составления заявки: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

Приложение к заявке на получение целевых средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь от \_\_\_\_\_

В Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Томской области от \_\_\_\_\_  
(полное наименование страховой медицинской организации (филиала))

РЕЕСТР

К ЗАЯВКЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ЦЕЛЕВЫХ СРЕДСТВ НА ОПЛАТУ СЧЕТОВ ЗА ОКАЗАННУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

за \_\_\_\_\_ (месяц, год) по Договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

№ п/п	Код МО	Наименование МО	Объем целевых средств, необходимый для оплаты медицинской помощи за отчетный месяц по счетам на оплату медицинской помощи, полученных от территориального фонда, в том числе с учетом сумм, выделенных по результатам проведенного медико-экономического контроля, и с учетом средств анализа, представленных медицинским организациям, в том числе:	- объем средств по счетам на оплату медицинской помощи, по которым оплата расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего несчастного случая на производстве осуществляется на оплату расходов на медицинскую помощь осуществляет территориальный фонд, территориальный орган Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации, в том числе:	Объем средств, направленных в медицинские организации на оплату расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего несчастного случая на производстве, по которым оплата расходов на медицинскую помощь осуществляется на территории субъекта Российской Федерации, в том числе с учетом сумм, выделенных по результатам проведенного медико-экономического контроля, и с учетом средств анализа, представленных медицинским организациям, в том числе:	Объем средств, необходимых для перечисления в МО, объем средств, по которым подлежат списанию задолженность МО, по решениям, принятым в соответствии с законодательством РФ, руб.	Объем средств, поступивших в отчетном месяце от физических лиц, юридических лиц, индивидуальных предпринимателей, страховых лиц, в пределах суммы, зачисляемой на оплату МП, руб.	Объем средств, выделенных на оплату расходов на медицинскую помощь застрахованным лицам, в том числе с учетом сумм, выделенных по результатам проведенного медико-экономического контроля, и с учетом средств анализа, представленных медицинским организациям, в том числе:	Сумма по приращенным к медицинским организациям мерам по результатам МЭЭ и ЭЖМП, приращенная сумма по приращенным медицинским организациям счетам на оплату медицинской помощи с учетом сумм анализа, представленных медицинским организациям, в том числе:		Сумма выделенных к МО требований по возврату средств ОМС, по которым не получены возврат средств, в том числе:		Сумма полученных от МО возвратов средств ОМС за отчетный период, руб.		Сумма средств выделенных, направленных в медицинские организации, на которую заимованы средства по представлению счетов на оплату медицинской помощи по отчетному месяцу, нарастающим итогом с начала финансового года, в том числе:			
									за отчетный месяц, руб.	нарастающим итогом с начала финансового года, руб.	за отчетный период, руб.	нарастающим итогом с начала финансового года, руб.	за отчетный месяц, руб.	нарастающим итогом с начала финансового года, руб.				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
ИТОГО																		

Руководитель страховой медицинской организации (филиала) \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Главный бухгалтер страховой медицинской организации (филиала) \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Исполнитель \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)  
(номер контактного телефона) \_\_\_\_\_ (дата составления документа)