

Руководителям медицинских организаций
в сфере обязательного медицинского
страхования Чеченской Республики

**Совместное информационное письмо Министерства здравоохранения
Чеченской Республики и Территориального фонда ОМС Чеченской Республики
«О реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования
Чеченской Республики на 2016 год»**

1. Общие положения

На основании Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», с учетом условий оказания медицинской помощи, установленных Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 №158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» и приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 № 200 «Об установлении требований к структуре тарифного соглашения», в целях реализации постановления Правительства Российской Федерации от 19.12.2015г. № 1382 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год» и постановления Правительства Чеченской Республики от 29.12.2015г. №266 «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике на 2016 год» направляется настоящее информационное письмо. При формировании информационного письма учтены рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24.12.2015 г. № 11-9/10/2-7938 и № 8089/21-и «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», а также письма Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2015 г. № 11-9/10/2-7796 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год».

Виды медицинской помощи, перечень страховых случаев, структура тарифа на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС в Чеченской Республике за счет средств ОМС, критерии доступности и качества медицинской помощи, требования к условиям оказания медицинской помощи, нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, нормативы финансового обеспечения программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо установлены в рамках Территориальной программы ОМС, утвержденной в составе Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике на 2016 год (далее - Территориальной программы госгарантий).

Оплата медицинской помощи (первичной медико-санитарной, специализированной, скорой, в том числе скорой (за исключением специализированной

(санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) в рамках утвержденной Территориальной программы ОМС, в составе Территориальной программы госгарантий, осуществляется в пределах финансовых средств, утвержденных в бюджете ТФОМС Чеченской Республики на 2016 год, поступивших на счета Территориального фонда ОМС, предназначенных на финансирование объемов медицинской помощи, утвержденных Территориальной программой ОМС, с учетом уровня, объема и качества оказанной медицинской помощи, на основании договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Объемы медицинской помощи, установленные Территориальной программой ОМС на 2016 год с учетом их финансового обеспечения (включая объемы высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемые в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, раздел I Перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащий, в том числе виды и методы лечения и размер финансового обеспечения) включают в себя объемы предоставления медицинской помощи в других субъектах лицам, застрахованным в Чеченской Республике.

Объемы медицинской помощи с учетом их финансового обеспечения распределяются медицинским организациям и страховым медицинским организациям Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Чеченской Республике (далее - Комиссия) на год с поквартальной разбивкой с последующей корректировкой при необходимости, исходя из потребности застрахованных лиц в медицинской помощи, права выбора медицинской организации и врача с учетом:

- численности застрахованных лиц, прикрепленных к медицинской организации, оказывающей амбулаторную и скорую медицинскую помощь, и показателей объемов медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденных Территориальной программой ОМС, а также показателей потребления медицинской помощи, видов, условий оказания медицинской помощи и с учетом врачебных специальностей в медицинских организациях, не имеющих прикрепленных застрахованных лиц;

- показателей объемов медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденных Территориальной программой ОМС по медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного и дневного стационара.

Распределение объемов предоставления медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров, между медицинскими организациями выполнено по числу случаев госпитализаций с учетом их финансового обеспечения без конкретизации КСГ/КПГ. Оплата указанных объемов осуществляется по тарифам, утвержденным Тарифным соглашением на 2016 год в разрезе клинко-статистических групп (КСГ).

В соответствии с Положением, утвержденным Правилами ОМС (приказ Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 г. № 158н), решением Комиссии от 30.12.2015 г. (протокол № 12) страховой медицинской организации и медицинским организациям, включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе ОМС Чеченской Республики, распределены объемы медицинской помощи с учетом их финансового обеспечения, утвержденные в рамках Территориальной программы ОМС 2016 года, за исключением шести медицинских организаций (находящихся за пределами Чеченской Республики), выразивших желание оказывать медицинскую помощь в рамках межтерриториальных взаиморасчетов.

В системе ОМС на территории Чеченской Республики одна страховая медицинская организация в лице филиала СМО ЗАО «МАКС-М» в г. Грозный,

которому распределены все объемы медицинской помощи и их финансовое обеспечение в рамках территориальной программы ОМС 2016 года, за исключением объемов медицинской помощи, предусматриваемых для выполнения медицинскими организациями других регионов в рамках межтерриториальных расчетов (МТР).

В соответствии с распределенными объемами с учетом их финансового обеспечения страховая медицинская организация заключает договор с Территориальным фондом ОМС Чеченской Республики, а медицинские организации заключают договорные соглашения со страховой медицинской организацией на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, а также с Территориальным фондом ОМС (в части финансирования за счет средств НСЗ объемов медицинской помощи, оказываемых медицинскими организациями Чеченской Республики гражданам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации).

Распределение объемов медицинской помощи с учетом их финансового обеспечения Комиссией выполнено на основе объемов медицинской помощи, утвержденных Территориальной программой ОМС на 2016 год, по видам медицинской помощи, условиям предоставления медицинской помощи, с учетом числа случаев госпитализаций в круглосуточных и дневных стационарах, врачебных специальностей в амбулаторно-поликлинических условиях, с учетом показателей фактического потребления медицинской помощи по данным персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам и фактических аналитических показателей деятельности медицинских организаций.

Оплата медицинской помощи осуществляется в соответствии со способами оплаты, установленными Тарифным соглашением в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики на 2016 год (далее – Тарифное соглашение) в рамках объемов медицинской помощи и их финансового обеспечения, распределенных Комиссией медицинским организациям с поквартальной разбивкой.

В течение года контроль объемов и суммы их финансового обеспечения по видам и условиям оказания медицинской помощи производится страховой медицинской организацией с учетом квартальных объемов медицинской помощи и их финансового обеспечения.

Следует отметить, что по итогам 2015 года в большинстве медицинских организациях наблюдаются низкие показатели по объемам амбулаторно-поликлинической помощи, оказываемой в неотложной форме.

В 2016 году руководителям медицинских организаций следует серьезным образом отнестись к этой проблеме и принять все необходимые меры для того, чтобы распределенные объемы ежемесячно выполнялись по видам и условиям оказания медицинской помощи.

Объемы медицинской помощи, распределенные медицинским организациям на 2016 год, обеспечивают потребности каждой медицинской организации в средствах на оплату труда, в том числе, для достижения целевых индикаторов в рамках требований Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», а также в средствах на обеспечение необходимыми медикаментами и перевязочными средствами в рамках Перечня жизненно важных лекарственных препаратов, утверждаемого Правительством Российской Федерации.

В составе тарифа в финансовых средствах, предназначенных на оплату труда в медицинских организациях, предусматриваются денежные выплаты стимулирующего характера:

- врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам);
- медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей);
- врачам станции скорой медицинской помощи;
- фельдшерам, акушеркам станций (отделений, подстанций) скорой медицинской помощи (включая старших), фельдшерско-акушерских пунктов (включая заведующих ФАП);
- медицинским сестрам станций (отделений, подстанций) скорой медицинской помощи (включая старших), фельдшерско-акушерских пунктов, а также патронажным медсестрам.

Денежные выплаты указанным медицинским работникам производятся в медицинских организациях с учетом показателей и критериев эффективности деятельности учреждений здравоохранения Чеченской Республики согласно Методическим рекомендациям, утвержденным Министерством здравоохранения Чеченской Республики, в порядке, предусмотренном Положением об отраслевой системе оплаты труда работников государственных бюджетных, автономных и казенных учреждений здравоохранения Чеченской Республики, утвержденным Правительством Чеченской Республики и начисляются медицинскими организациями дифференцированно с учетом фактически отработанного работником времени в отчетном месяце и достигнутых показателей.

Финансовое обеспечение объемов медицинской помощи, выполненных медицинскими организациями и принятых к оплате страховой медицинской организацией, осуществляется в пределах средств финансового обеспечения (и не более), установленных для каждой медицинской организации в соответствии с объемами медицинской помощи (по видам и условиям оказания), распределенными на 2016 год решением Комиссии от 30.12.2015 года (протокол № 12), с учетом корректировок, вносимых в течение 2016 года.

2. По медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара всех типов

Оплата специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара по законченному случаю лечения производится с применением утвержденных тарифов (стоимости) законченного случая лечения, включенного в соответствующую группу заболеваний, объединенных в КСГ/КПГ в соответствии с Методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда ОМС по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленные в субъекты письмом от 24.12.2015 г. № 11-9/10/2-7938 и № 8089/21-и.

Оплата прерванного случая лечения пациента в стационаре и в условиях дневного стационара при нахождении на лечении менее установленной длительности по соответствующей клинико-статистической группе КСГ/КПГ (преждевременная выписка, перевод в другую медицинскую организацию, летальный исход) осуществляется за фактическое количество проведенных пациентом койко-дней, пациенто-дней. Расчет стоимости прерванного случая лечения осуществляется путем деления тарифа законченного случая лечения заболевания на установленную длительность лечения по соответствующей КСГ/КПГ и произведением полученного

результата на количество фактически проведенных пациентом койко-дней в стационаре или пациенто-дней в дневном стационаре, за исключением отдельных КСГ в круглосуточном стационаре, оговоренных в разделе 5 «Заключительные положения» Тарифного соглашения на 2016 год.

Министерством здравоохранения Чеченской Республики и Территориальным фондом ОМС приводится средняя структура расходов по видам и условиям оказания медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС 2016 года (включая высокотехнологичную медицинскую помощь), в процентах:

	Заработная плата и начисления на зарплату	Медикаменты и перевязочные средства	Продукты питания	Мягкий инвентарь	Прочие текущие расходы, включая содержание
По медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара	47 - 65	13 - 39	6,5 - 10	до 0,8	4 – 15
По высокотехнологичной медицинской помощи	до 20	50-60	до 1,4	до 0,8	до 30
По амбулаторно-поликлинической помощи (кроме специализированных стоматологических поликлиник и гемодиализа)	60 - 85	до 27	-	до 0,4	до 25
По стоматологической помощи в специализированных стоматологических поликлиниках	25 - 50	до 70	-	до 0,8	5 - 10
По гемодиализу	12-21	до 83	-	до 0,4	до 20
По медицинской помощи в условиях дневных стационаров всех типов	до 50	до 45	-	до 0,8	до 14,5
По скорой медицинской помощи вне медицинской организации	до 80	10 - 15	-	до 0,8	до 12

3. По мероприятиям амбулаторно-поликлинической и скорой помощи

Учет и оплата медицинской помощи, оказываемой в амбулаторно-поликлинических условиях, производится в посещениях, осуществляемых с профилактической целью и неотложной форме, а также в обращениях по поводу заболеваний. При этом одно обращение включает не менее 2-х посещений (в отдельных случаях при оказании стоматологической помощи обращение может включать менее 2-х посещений, когда цель обращения достигнута).

В рамках планируемого перехода на подушевое финансирование амбулаторно-поликлинической помощи в системе ОМС руководителям медицинских организаций необходимо обеспечить актуализацию сведений о застрахованных лицах, прикрепленных к врачу (врачу – терапевту, врачу – педиатру, врачу общей практики).

Учет и оплата стоматологической помощи осуществляется в УЕТ. Для перевода объемов стоматологической помощи в посещения применяется коэффициент перевода 0,25 (например: 100 УЕТ равно 25 посещениям или 1 посещение равно 4-м УЕТ).

Учет объемов скорой медицинской помощи осуществляется по вызовам (в том числе с выполнением тромболиза). Оплата объемов скорой медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу на 1 застрахованное лицо в сочетании с

оплатой за вызов (с применением тарифов, установленных приложением 7 к Тарифному соглашению на 2016 год).

Объемы медицинской помощи, выполняемые медицинскими организациями в рамках мероприятий по профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации определенных групп взрослого населения, диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, профосмотров несовершеннолетних детей, а также посещения в неотложной форме и обращения по поводу заболевания, учитываются в общем объеме посещений амбулаторно-поликлинической помощи.

Мероприятия по диспансеризации определенных групп взрослого населения медицинскими организациями выполняются в соответствии с требованиями приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации, утверждающих порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, а также приказов Министерства здравоохранения Чеченской Республики по диспансеризации определенных групп взрослого населения.

В соответствии с установленным порядком мероприятия по диспансеризации определенных групп взрослого населения выполняются в два этапа. Первый этап включает в себя осмотр врачами-специалистами, исследования и иные мероприятия, проводимые у мужчин и женщин в определенный возрастной период. Второй этап включает индивидуальное дополнительное обследование и уточнение диагноза заболевания, проведение при необходимости углубленных профилактических консультирований и отдельных мероприятий.

Оплата первого и второго этапов диспансеризации осуществляется по тарифам, утвержденным приложением 5 к Тарифному соглашению на 2016 год.

В целях организации персонифицированного учета каждого случая по профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации определенных групп взрослого населения, диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, профосмотров несовершеннолетних детей медицинская организация направляет в СМО отдельный реестр счетов, включающий первый и второй этапы, и счет за проведенную диспансеризацию.

Страховые медицинские организации осуществляют оплату счетов с учетом контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, осуществляемого в соответствии с порядком, установленным нормативными актами Федерального фонда ОМС в соответствии с Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, принятым в рамках Тарифного соглашения на 2016 год.

В целях осуществления мониторинга мероприятий, проводимых в рамках диспансеризации населения, медицинские организации представляют ежемесячную информацию в Министерство здравоохранения Чеченской Республики и Территориальный фонд ОМС Чеченской Республики в соответствии с требованиями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда ОМС, доводимыми до МО.

В реестрах счетов, направляемых в СМО, медицинские организации не должны допускать случаев дублирования граждан, прошедших диспансеризацию в предыдущие периоды, а также граждан, прошедших в обычном порядке профосмотры. Случаи, включенные в реестры по диспансеризации населения, не могут повторно включаться в основной реестр амбулаторной медицинской помощи.

4. Межтерриториальные взаиморасчеты

Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями иногородним гражданам (застрахованным в других субъектах РФ) в рамках базовой программы ОМС, производится ТФОМС Чеченской Республики по тарифам, действующим в системе ОМС Чеченской Республики на дату окончания лечения.

Медицинская организация до 10-го числа месяца, следующего за отчетным, представляет в ТФОМС Чеченской Республики счет с приложением реестра счетов по пролеченным иногородним гражданам для последующей оплаты.

ТФОМС Чеченской Республики при условии полноты и правильности оформления документов, представленных медицинской организацией, в течение месяца, следующего за днем представления счета реестра, производит оплату оказанной медицинской помощи (медицинских услуг).

Медицинская помощь, оказанная иногородним гражданам, не входящая в базовую программу обязательного медицинского страхования, оплате за счет средств ОМС не подлежит.

С целью возмещения затрат за оказанную иногородним гражданам медицинскую помощь (медицинских услуг), в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы ОМС на территории Чеченской Республики, ТФОМС Чеченской Республики ежемесячно формирует и представляет к оплате счета и реестры счетов в территориальные фонды ОМС субъектов Российской Федерации.

ТФОМС Чеченской Республики оплату медицинским организациям за медицинскую помощь, оказанную иногородним гражданам, возмещает с учетом результатов проведенного медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, а так же с учетом, полученных от территориальных фондов ОМС субъектов Российской Федерации мотивированных отказов в оплате позиций счетов реестров.

Полученные от ТФОМС Чеченской Республики средства, за медицинскую помощь, оказанную иногородним гражданам, медицинские организации расходуют в соответствии с рекомендуемой структурой.

Финансовые расчеты между ТФОМС Чеченской Республики и территориальными фондами ОМС субъектов Российской Федерации осуществляются в соответствии с Правилами ОМС, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н, в рамках межтерриториальных взаиморасчетов.

5. Заключительные положения

Реестры за оказанную медицинскую помощь формируются в медицинских организациях в установленном порядке.

Медицинские организации предъявляют в страховую медицинскую организацию объемы по видам и условиям оказания медицинской помощи, не превышающие квартальный размер установленного финансового обеспечения.

В случае предъявления медицинской организацией в СМО квартальных объемов медицинской помощи с учетом их финансового обеспечения не в полном объеме (то есть меньше установленных Комиссией в расчете на квартал), ответственность за выплату заработной платы медицинским работникам (с учетом достижения целевых индикаторов в рамках Указа Президента РФ № 597), а также по обеспечению других

обязательных платежей (расходов) в полном объеме несет **руководитель** медицинской организации.

Оплата медицинской помощи, оказанной медицинской организацией в рамках Территориальной программы ОМС, осуществляется при наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности и договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключенного между страховой медицинской организацией и медицинской организацией.

При наличии финансовых возможностей в бюджете Территориального фонда ОМС Чеченской Республики по средствам на оплату медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС Комиссия имеет право в оперативном порядке вносить корректировки в распределенные медицинским организациям объемы медицинской помощи и их финансовое обеспечение.

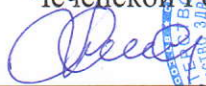
Объемы медицинской помощи, оказанные медицинской организацией, исходя из имеющихся коечных мощностей с превышением нормативов базовой программы ОМС, а также объемы медицинской помощи, выполненные медицинскими организациями с превышением квартального размера средств финансового обеспечения, установленных решением Комиссии, не являются обязательствами Территориального фонда ОМС для финансирования за счет средств ОМС.

Не подлежат оплате за счет средств ОМС объемы медицинской помощи, оказанные гражданам, не подлежащим страхованию в системе ОМС в соответствии с законодательством Российской Федерации. Указанные объемы подлежат финансированию за счет иных источников финансирования.

К настоящему информационному письму прилагаются:

- приложение 1 по способам оплаты медицинской помощи и финансовому обеспечению объемов МО;
- приложение 2 состав структуры тарифа по видам и условиям оказания медицинской помощи в разрезе медицинских организаций в рамках объемов медицинской помощи и их финансового обеспечения, распределенных Комиссией на 2016 год.

Министр здравоохранения
Чеченской Республики



Ш.С. Ахмадов

«11» 01 2016 г. № 1



Директор
ТФОМС Чеченской Республики



Д.Ш. Абдулазизов

«1» 01 2016 г. № 97112

