



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ**

Новослободская ул. 37, Москва, ГСП-4, 127994,
тел.: (495) 870-9680, доб. 1522, факс: (499) 973-4455
e-mail: general@ffoms.ru, http://www.ffoms.ru

Директорам территориальных
фондов обязательного
медицинского страхования

24.12.2019 № 17653/26-2/и

на № _____

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее – Федеральный фонд) в целях реализации части 2¹ статьи 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ), сообщает.

Согласно части 2¹ статьи 30 Федерального закона № 326-ФЗ Тарифное соглашение в пятидневный срок после дня его заключения направляется председателем комиссии, указанной в части 9 статьи 36 настоящего Федерального закона, в Федеральный фонд для подготовки заключения о соответствии тарифного соглашения базовой программе обязательного медицинского страхования (далее – ОМС).

Обращаем внимание, что с учетом отдельных положений Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 07.12.2019 № 1610 (далее – Программа), в составе Тарифного соглашения на 2020 год необходимо представить следующие сведения:

1) Перечень тарифов на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований, для которых установлены отдельные нормативы территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС, в том числе средние тарифы для каждого метода указанных исследований.

2) Размер коэффициентов уровня (подуровня) оказания медицинской помощи для групп медицинских организаций, определенных пунктом 5.2. Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденных приказом Федерального фонда от 21.11.2018 № 247 (далее –

Приказ № 247) для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц.

Распределение медицинских организаций по уровням должно производиться в соответствии с Приказом № 247, при этом размер коэффициента уровня (подуровня) определяется самостоятельно субъектом Российской Федерации.

3) Сведения о половозрастных коэффициентах дифференциации в разрезе половозрастных групп. При этом для групп мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше устанавливается значение половозрастного коэффициента не менее 1,6.

4) Перечень медицинских организаций, для которых применяется коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала (КДот) с установлением значений указанного коэффициента по каждой медицинской организации, включая сведения о численности обслуживаемого населения в соответствии с Программой (до 20 тыс. и свыше 20 тыс. человек).

В случае, если только отдельные структурные подразделения медицинской организации, а не медицинская организация в целом соответствует условиям применения КДот, необходимо представить вышеуказанную информацию в разрезе структурных подразделений медицинской организации.

5) Перечень фельдшерских пунктов, фельдшерско-акушерских пунктов (далее – ФП, ФАП) с указанием диапазона численности обслуживаемого населения в соответствии с Программой, годового размера финансового обеспечения, а также информации о соответствии/несоответствии ФП, ФАП требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (далее – требования).

В случае изменения в течение года указанных параметров ФП, ФАП, размер финансового обеспечения также следует пересматривать. При этом все изменения (численность обслуживаемого населения, факт соответствия/несоответствия ФП, ФАП требованиям, а также размер финансового обеспечения ФП, ФАП) необходимо отражать в дополнительном соглашении к Тарифному соглашению субъекта Российской Федерации.

Обращаем внимание, что при установлении способа оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи, дифференцированный подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц для медицинской организации складывается из рассчитанного фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц в амбулаторных условиях для данной медицинской организации, включающего медицинскую помощь в неотложной форме, с учетом применения соответствующих коэффициентов, установленных Программой, а также объема средств на финансовое обеспечение медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Председатель



Н.Н. Стадченко

*Подлинник электронного документа, подписанного ЭП, хранится в
системе электронного документооборота ФОМС*

Крутова Ю.А.
(495) 870 96 80 (доб. 1177)
Пивкунова Е.Ю.
(495) 870 96 80 (доб. 1346)