



**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ»
(«ТФОМС ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ»)**

В.И. Ленина пр., д. 56а, г. Волгоград, 400005, тел. (8442) 53-27-27, факс (8442) 53-27-25
E-mail: general@volgafoms.ru. <http://www.volgafoms.ru>

ОКПО 22585604, ОГРН 1023403856123, ИНН 3445916210, КПП 344401001

31.01.2020

№ 03-30/60

Руководителям

на № _____

от _____

страховых медицинских организаций

Директорам филиалов

«ТФОМС Волгоградской области»

О составлении заявок на авансирование и порядке учета средств, предназначенных для оплаты фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов

Руководителям

медицинских организаций

В связи с организацией с 1 января 2020 года финансирования фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов по подушевому нормативу и в дополнение к письмам «ТФОМС Волгоградской области» «О финансовом обеспечении страховых медицинских организаций и медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования» от 07.08.2013 № 03-30/300 (для филиалов ТФОМС и СМО), от 07.08.2013 № 03-30/299 (для филиалов ТФОМС и МО) и от 17.01.2019 № 03-30/54 (для филиалов ТФОМС, СМО и МО) «ТФОМС Волгоградской области» сообщает следующее.

С 1 января 2020 года в соответствии с Тарифным соглашением в сфере ОМС Волгоградской области на 2020 год (далее – Тарифное соглашение) «ТФОМС Волгоградской области» направляет средства ОМС на финансовое обеспечение фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов исходя из численности обслуживаемого населения и с учетом степени их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (далее – **ФАП, оплата ФАП**).

Перечень ФАП и размер финансового обеспечения ФАП утверждены в приложении 13 к Тарифному соглашению. Понижающие и повышающие коэффициенты к размеру финансового обеспечения ФАП, учитывающие степень их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, приведены в тексте Тарифного соглашения. Перечень центральных районных больниц, которые имеют в своем составе ФАП и в которые направляются средства ОМС для оплаты ФАП, приведен в Приложении 1 к настоящему письму.

Средства на финансовое обеспечение ФАП сформированы за счет средств, предназначенных, в соответствии с территориальной программой ОМС, для оплаты в 2020 году **амбулаторной медицинской помощи**. Соответственно, при формировании отчетности медицинские организации отражают средства на оплату ФАП **по амбулаторному условию оказания медицинской помощи**.

Размер финансового обеспечения ФАП утвержден на 2020 год и включает в себя расходы на оплату труда и начисления на выплаты на оплату труда медицинского и прочего персонала, обслуживающего ФАП, а также расходы на содержание ФАП. Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размер финансового обеспечения ФАП.

Утвержденные размеры финансового обеспечения ФАП на 2020 год в разрезе ФАП по каждой центральной районной больнице будут доведены до медицинских организаций через филиалы ТФОМС. В дальнейшем, в случае внесения изменений в Тарифное соглашение направленная информация подлежит корректировке.

Финансирование оплаты ФАП осуществляется ежемесячно равными долями в размере одной двенадцатой от утвержденного размера финансового обеспечения ФАП на 2020 год.

ФАП, не соответствующие требованиям и нормативам в части материально-технического обеспечения, наличия медицинского персонала или не имеющие лицензии, не подлежат оплате ФАП и финансируются в рамках оплаты амбулаторной медицинской помощи по подушевому нормативу или по подушевому нормативу по всем условиям оказания медицинской помощи.

Оплата ФАП осуществляется ТФОМС в рамках финансирования СМО по дифференцированным подушевым нормативам. Средства на оплату ФАП направляются страховыми медицинскими организациями в медицинские организации по заявкам на авансирование медицинской помощи и при завершении расчетов по оплате счетов за оказанную медицинскую помощь.

Медицинские организации при составлении заявок на авансирование медицинской помощи по форме Приложения 2 к настоящему письму выделяют сумму средств для оплаты ФАП. Оформленные заявки (подписанные руководителем и главным бухгалтером, заверенные печатью) направляются медицинскими организациями в адрес каждой страховой медицинской организации через филиалы ТФОМС в соответствии с территориальной принадлежностью в срок до 10 числа месяца, за который осуществляется авансирование оплаты медицинской помощи.

Обращаем Ваше внимание, что при оформлении заявки на авансирование медицинской помощи рассчитывают общую сумму авансирования в установленном нормативными документами порядке в соответствующем размере от среднемесячной суммы финансирования за три предшествующих месяца. Сумма для оплаты ФАП также определяется согласно действующему порядку с округлением до целых рублей.

Собранные заявки медицинских организаций и реестры заявок передаются филиалами ТФОМС в адрес соответствующих страховых медицинских организаций. Кроме того, филиалы ТФОМС направляют реестры заявок на авансирование оплаты медицинской помощи в разрезе страховых медицинских организаций в планово-экономический отдел ТФОМС в срок до 20 числа отчетного месяца, за который осуществляется авансирование оплаты медицинской помощи, по форме согласно Приложению 3 к настоящему письму.

В соответствии с заявленным страховыми медицинскими организациями объемом финансирования на основании заявок медицинских организаций на авансирование медицинской помощи, планово-экономический отдел формирует распоряжение для бухгалтерии на перечисление денежных средств для авансирования оплаты медицинской помощи в страховые медицинские организации (с разделением сумм авансирования в соответствии с реестрами заявок по способам оплаты).

ТФОМС рекомендует страховым медицинским организациям при перечислении в медицинские организации средств на авансирование медицинской помощи для оплаты ФАП в назначении платежа указывать: «Авансирование за _____ 2020 г. (для оплаты ФАП) согласно договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС».

Ежемесячно, после окончания приема счетов за отчетный месяц, планово-экономический отдел ТФОМС осуществляет расчет суммы средств для финансирования оплаты ФАП как 1/12 утвержденного размера финансового обеспечения ФАП на 2020 год. Результаты расчета направляются в СМО и филиалы ТФОМС одновременно с направлением информации для формирования счетов на подушевое финансирование скорой медицинской помощи, амбулаторной медицинской помощи и медицинской помощи по всем условиям оказания.

Филиалы ТФОМС доводят указанную информацию до сведения каждой медицинской организации, указанной в Приложении 1 к настоящему письму.

На основании полученной информации медицинская организация формирует счет на оплату ФАП по каждой страховой медицинской организации и направляет его в соответствующую СМО через филиалы ТФОМС по форме согласно Приложению 4 к настоящему письму.

При проведении окончательного расчета перечисление средств ТФОМС в адрес страховых медицинских организаций осуществляется в течение пяти рабочих дней месяца, следующего за отчетным, в объеме финансирования по дифференцированным подушевым нормативам с учетом авансирования оплаты медицинской помощи за отчетный месяц, отдельными платежными поручениями с учетом способов оплаты медицинской помощи:

- по счетам персонифицированного учета;
- по амбулаторной медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования;
- медицинской помощи по всем условиям по подушевому нормативу финансирования;
- по скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования;
- для оплаты ФАП.

Страховые медицинские организации в течении трех рабочих дней перечисляют денежные средства в адрес медицинских организаций для оплаты оказанной медицинской помощи с учетом указанных выше способов оплаты медицинской помощи. При перечислении средств для оплаты ФАП в назначении платежа ТФОМС рекомендует указывать: «Окончательный расчет за _____ 2020 г. (для оплаты ФАП) согласно договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС».

Оплата ФАП осуществляется на основании соответствующих счетов с учетом суммы произведенного авансирования за расчетный месяц. Реестры платежных документов (РПД) по соответствующим платежным поручениям страховыми медицинскими организациями не формируются.

Дополнительно «ТФОМС Волгоградской области» направляет в Ваш адрес для использования в работе актуализированные формы следующих документов:

- Счет на оплату амбулаторной медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепленное застрахованное население за счет средств обязательного медицинского страхования Волгоградской области (Приложение 5);
- Счет на оплату скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на обслуживаемое застрахованное население за счет средств обязательного медицинского страхования Волгоградской области (Приложение 6);
- Счет на оплату медицинской помощи по всем условиям по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц за счет средств обязательного медицинского страхования Волгоградской области (Приложение 7).

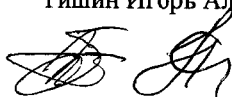
Директор



Т.В.Самарина

Исп. Лапина Лариса Аркадьевна, тел. (8442) 53-27-12

Тишин Игорь Александрович, тел. (8442) 53-27-14



**Перечень медицинских организаций, в которые направляются средства ОМС
для оплаты ФАП**

№ п/п	Код МО	Наименование медицинской организации
1	2	3
1	301001	Государственное бюджетное учреждение "Алексеевская центральная районная больница"
2	311001	Государственное бюджетное учреждение "Быковская центральная районная больница "
3	321001	Государственное бюджетное учреждение "Городищенская центральная районная больница "
4	331001	Государственное бюджетное учреждение "Даниловская центральная районная больница "
5	341001	Государственное бюджетное учреждение " Центральная районная больница Дубовского муниципального района"
6	351001	Государственное бюджетное учреждение Еланская центральная районная больница Волгоградской области
7	361001	Государственное бюджетное учреждение "Жирновская центральная районная больница "
8	371001	Государственное бюджетное учреждение "Иловлинская центральная районная больница "
9	381001	Государственное бюджетное учреждение "Калачевская центральная районная больница "
10	391001	Государственное бюджетное учреждение г.Камышина "Городская больница № 1"
11	401001	Государственное бюджетное учреждение "Киквидзенская центральная районная больница "
12	411001	Государственное бюджетное учреждение " Центральная районная больница Клетского муниципального района"
13	421001	Государственное бюджетное учреждение "Котельниковская центральная районная больница "
14	431001	Государственное бюджетное учреждение «Центральная районная больница Котовского муниципального района»
15	441001	Государственное бюджетное учреждение "Ленинская центральная районная больница "
16	451001	Государственное бюджетное учреждение "Михайловская центральная районная больница"
17	461001	Государственное бюджетное учреждение "Нехаевская центральная районная больница "
18	471001	Государственное бюджетное учреждение "Николаевская центральная районная больница "

№ п/п	Код МО	Наименование медицинской организации
1	2	3
19	481001	Государственное бюджетное учреждение "Новоаннинская центральная районная больница "
20	491001	Государственное бюджетное учреждение "Новониколаевская центральная районная больница "
21	501001	Государственное бюджетное учреждение "Октябрьская центральная районная больница "
22	511001	Государственное бюджетное учреждение "Центральная районная больница Ольховского муниципального района"
23	521001	Государственное бюджетное учреждение "Палласовская центральная районная больница "
24	531001	Государственное бюджетное учреждение "Кумылженская центральная районная больница"
25	541001	Государственное бюджетное учреждение "Центральная районная больница Руднянского муниципального района"
26	551001	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Светлоярская центральная районная больница" Светлоярского муниципального района Волгоградской области
27	561001	Государственное бюджетное учреждение "Серафимовичская центральная районная больница"
28	571001	Государственное бюджетное учреждение "Среднеахтубинская центральная районная больница"
29	581001	Государственное бюджетное учреждение "Старополтавская центральная районная больница"
30	591001	Государственное бюджетное учреждение "Центральная районная больница Суровикинского муниципального района"
31	601001	Государственное бюджетное учреждение Урюпинская центральная районная больница
32	611001	Государственное бюджетное учреждение "Фроловская центральная районная больница "
33	621001	Государственное бюджетное учреждение "Чернышковская центральная районная больница "

В _____
 (наименование страховой медицинской
 организации (филиала))

ЗАЯВКА НА АВАНСИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ N _____

на _____
 (месяц, год)

от _____
 (наименование медицинской организации)

в объеме _____ (_____ руб.)
 (сумма прописью) (сумма *)

в том числе:

для оплаты СМП _____ рублей;
 (сумма *)

для оплаты АМП (в части итогового дохода по подушевому нормативу) _____ рублей**;
 (сумма*)

для оплаты МП по всем условиям (в части итогового дохода по подушевому нормативу)
 _____ рублей;
 (сумма *)

для оплаты ФАП _____ рублей;
 (сумма *)

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)

Дата принятия заявки: " __ " _____ 20__ г.

*Суммы, обозначенные * заполняются цифрами (Пример: 200 000 рублей)*

*** Применяется медицинскими организациями, по которым оплата амбулаторной медицинской помощи ранее осуществлялась по подушевому нормативу финансирования*

**Реестр заявок на авансирование оплаты медицинской помощи за (месяц) 2020 г.
по _____**

(наименование страховой медицинской организации)

Код МО	Наименование МО	Сумма, рублей	В т.ч. для оплаты АМП (в части итогового дохода)	В т.ч. для оплаты СМП	В т.ч. для оплаты МП по всем условиям (в части итогового дохода)	В т.ч. для оплаты ФАП	Дата составления (заполняется в случае направления средств ранее основной части аванса по заявке СМО)

Счет №* _____ от ДД.ММ.ГГГГ г. за (месяц) 20__ г.

на оплату фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов за счет средств обязательного медицинского страхования Волгоградской области

Поставщик: (наименование медицинской организации)
 ИНН _____, КПП _____
 Адрес: _____
 Банк поставщика _____
 Расчетный счет: _____, БИК _____

Плательщик: (наименование страховой медицинской организации)
 ИНН _____, КПП _____
 Адрес: _____
 Банк плательщика _____
 Расчетный счет: _____, БИК _____

Наименование товара	Сумма, рублей
Оплата фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов за счет средств обязательного медицинского страхования Волгоградской области за _____ 20__ года без НДС	

* Номер счета формируется: ХХХХХ – N – 6Р , где
 ХХХХХ – реестровый код СМО, в адрес которой выставляется счет;
 N – порядковый номер месяца, за который формируется счет;
 6Р – постоянное значение, означающее, что оплата проводится по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем условиям (6- шесть, Р- латинский символ).

Всего: _____ руб. _____ коп.

К оплате: _____
 (сумма прописью)

Главный врач медицинской организации _____
 (подпись)

Главный бухгалтер медицинской организации _____
 (подпись)

М.П.

Счет №* _____ от ДД.ММ.ГГГГ г. за (месяц) 20__ г.

на оплату амбулаторной медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепленное застрахованное население за счет средств обязательного медицинского страхования Волгоградской области

Поставщик: (наименование медицинской организации)
 ИНН _____, КПП _____
 Адрес: _____
 Банк поставщика _____
 Расчетный счет: _____, БИК _____

Плательщик: (наименование страховой медицинской организации)
 ИНН _____, КПП _____
 Адрес: _____
 Банк плательщика _____
 Расчетный счет: _____, БИК _____

Наименование товара	Сумма, рублей
Итоговый доход для оплаты амбулаторной медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепленное застрахованное население за счет средств обязательного медицинского страхования Волгоградской области за _____ 20 ____ года без НДС	

* Номер счета формируется: XXXXX – N – 1P , где
 XXXXX – реестровый код СМО, в адрес которой выставляется счет;
 N – порядковый номер месяца, за который формируется счет;
 1P – постоянное значение, означающее, что оплата проводится по подушевому нормативу финансирования амбулаторной медицинской помощи (1-единица, P– латинский символ).

Всего: _____ руб. _____ коп.

К оплате: _____
 (сумма прописью)

Главный врач медицинской организации _____
 (подпись)

Главный бухгалтер медицинской организации _____
 (подпись)

М.П.

Счет №* _____ от ДД.ММ.ГГГГ г. за (месяц) 20__ г.

на оплату скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на обслуживаемое застрахованное население за счет средств обязательного медицинского страхования Волгоградской области

Поставщик: (наименование медицинской организации)
 ИНН _____, КПП _____
 Адрес: _____
 Банк поставщика _____
 Расчетный счет: _____, БИК _____

Плательщик: (наименование страховой медицинской организации)
 ИНН _____, КПП _____
 Адрес: _____
 Банк плательщика _____
 Расчетный счет: _____, БИК _____

Наименование товара	Сумма, рублей
Оплата скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на обслуживаемое застрахованное население за счет средств обязательного медицинского страхования Волгоградской области за _____ 20__ года без НДС	

* Номер счета формируется: XXXXX – N – OP , где
 XXXXX – реестровый код СМО, в адрес которой выставляется счет;
 N – порядковый номер месяца, за который формируется счет;
 OP – постоянное значение, означающее, что оплата проводится по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи (0- ноль, P– латинский символ).

Всего: _____ руб. _____ коп.

К оплате: _____
 (сумма прописью)

Главный врач медицинской организации _____
 (подпись)

Главный бухгалтер медицинской организации _____
 (подпись)

М.П.

Счет №* _____ от ДД.ММ.ГГГГ г. за (месяц) 20__ г.

на оплату медицинской помощи по всем условиям по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц за счет средств обязательного медицинского страхования Волгоградской области

Поставщик: (наименование медицинской организации)
 ИНН _____, КПП _____
 Адрес: _____
 Банк поставщика _____
 Расчетный счет: _____, БИК _____

Плательщик: (наименование страховой медицинской организации)
 ИНН _____, КПП _____
 Адрес: _____
 Банк плательщика _____
 Расчетный счет: _____, БИК _____

Наименование товара	Сумма, рублей
Итоговый доход для оплаты медицинской помощи по всем условиям по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц за счет средств обязательного медицинского страхования Волгоградской области за _____ 20__ года без НДС	

* Номер счета формируется: XXXXX – N – 4P , где
 XXXXX – реестровый код СМО, в адрес которой выставляется счет;
 N – порядковый номер месяца, за который формируется счет;
 4P – постоянное значение, означающее, что оплата проводится по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем условиям (4-четыре, P– латинский символ).

Всего: _____ руб. _____ коп.

К оплате: _____
 (сумма прописью)

Главный врач медицинской организации _____
 (подпись)

Главный бухгалтер медицинской организации _____
 (подпись)

М.П.