



**ФИЛИАЛ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО
ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО
АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ
В ГОРОДЕ НЯГАНИ
(Филиал ТФОМС Югры в г. Нягани)**

2 микрорайон, дом 21, помещение 1
Ханты-Мансийский автономный округ-Югра
(Тюменская область), 628181
Тел.: (34672) 62029, факс: (34672) 55719,61074
E-mail: nyagan@ofoms.ru



**Ассоциация
«Медицинский бизнес Югры»**

ул. Ленина 5, г. Нягань,
Ханты-Мансийский Автономный округ-Югра,
Тюменская область, 628181
ОГРН117860000358
e-mail: info@mc86.ru

**ПРОТОКОЛ СОВЕЩАНИЯ В ФИЛИАЛЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО
ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
г. НЯГАНЬ ПО ВОПРОСАМ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ
АССОЦИАЦИИ «МЕДИЦИНСКИЙ БИЗНЕС ЮГРЫ»
С ТЕРРИТОРИАЛЬНЫМ ФОНДОМ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Дата и время проведения совещания: 4 октября 2017 года, 11.00

Организатор собрания: Директор филиала Территориального фонда обязательного медицинского страхования ХМАО-Югры в г. Нягани Цветков С.В.

Перечень материалов, которые направлялись к совещанию: вопросы сформированные Территориальным фондом обязательного медицинского страхования (электронная переписка, приложение №1 к данному протоколу)

Присутствовали:

1. Директор Няганского филиала ТФОМС Югры в г. Нягань Цветков С.В.
2. Президент ассоциации «Медицинский бизнес Югры» Измайлов Р.И., izmailov@mc86.ru, 89227012999.
3. Секретарь собрания, специалист филиала ТФОМС Югры в г. Нягани Воробьева Е.А., 8(34672)6-10-74, vorobyova.ea@ofoms.ru

ПОВЕСТКА

1. О системе обязательного медицинского страхования, о 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании», тарифном соглашении на территории Ханты-Мансийского автономного округа и территориальной программе госгарантий в системе обязательного медицинского страхования (далее ОМС).
 2. О позиции территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее ТФОМС Югры) к участникам системы системы обязательного медицинского страхования.
 3. О качестве медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования.
 4. Об уровнях оказания медицинской помощи в ОМС Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.
 5. О понятиях «объем медицинской помощи», «объем финансирования», «превышение объема», понятии механизма «перераспределение» медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования. Механизмы обращения медицинской организации для перераспределения объемов и финансовых средств в системе обязательного медицинского страхования при оказании медицинской помощи населению.
 6. О солидарной ответственности членов Ассоциации «Медицинский бизнес Югры» перед субъектами и участниками системы обязательного медицинского страхования.
-

По 1 вопросу: о системе обязательного медицинского страхования, о 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании», тарифном соглашении на территории Ханты-Мансийского автономного округа и территориальной программе госгарантий в системе обязательного медицинского страхования.

Цветков С.В.: Ринат Ильясович, причиной сегодняшней нашей встречи является работа некоторых медицинских организаций в системе

обязательного медицинского страхования, входящих в Ассоциацию «Медицинский бизнес Югры», а также планируемое на 2018 год вступление возглавляемой Вами частной медицинской организации ООО «Лиива» в систему обязательного медицинского страхования. Цель нашей встречи – с моей стороны объяснить принципы работы, требования и правила работы системы обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. Могу также сообщить, что данная встреча не последняя, поскольку ежегодно ТФОМС в Ханты-Мансийске проводит подобные встречи с руководителями медицинских организаций, вновь вступающих в систему обязательного медицинского страхования. О данной встрече Вам будет сообщено дополнительно. С другой стороны, в ходе данной беседы мне бы хотелось выяснить Вашу точку зрения на некоторые аспекты деятельности системы ОМС, при работе в ней частных медицинских организаций. Я надеюсь, что претворяя сегодняшнюю нашу встречу, а также вследствие запланированного Вами на 2018г вступления ООО «Лиива» в систему ОМС, Вами в достаточной мере была изучена правовая основа деятельности системы ОМС.

Измайлов Р.И.: Да, конечно, я обращался к действующим в настоящее время правовым актам, как то: №323-ФЗ, №326-ФЗ, действующему в настоящее время Тарифному соглашению и т.д., но в ходе встреч с руководством ТФОМС Югры я ощутил определенные трудности по вопросам деятельности частных медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования. Надеюсь, что наша сегодняшняя беседа не будет строиться на правилах «двойных стандартов». Я имел возможность ознакомиться с перечнем направленных Вами мне вопросов. Хочу задать свой. ТФОМС распоряжается деньгами. Чьи это деньги, как вы считаете?

Цветков С.В.: Конечно же, правило «двойных стандартов» здесь не уместно. Наша сегодняшняя беседа будет строиться на требованиях уже упомянутых Вами документов, а также других правовых нормативных актов. И я надеюсь, что данные правовые акты Вами изучены в достаточной мере,

ибо не только сегодняшняя наша беседа будет выстроена на требованиях нормативно-правовых актов, но и в дальнейшем деятельность любого участника системы ОМС должна быть строго в рамках этих требований. Что касается Вашего вопроса, то могу сказать, что это государственные деньги, и они были переданы в Фонд обязательного медицинского страхования на исполнение программы госгарантий по оказанию медицинской помощи. Фонд ОМС является государственным внебюджетным фондом, средства в который поступают от налоговых отчислений в государство, которое в свою очередь перераспределяет их, в том числе и на социальные нужды.

Хотелось бы в свою очередь узнать, что Вы подразумеваете под «трудностями с руководством ТФОМС?» Просто некоторые тезисы или выражения в Ваших письмах в адрес ТФОМС, как председателя Ассоциации «Медицинский бизнес Югры, не очень корректно сформулированы поскольку иногда нарушают требования действующих законов. И в своих ответах, руководство ТФОМС указывало Вам, где Вы нарушаете эти требования.

Измайлов Р.И: По мнению членов ассоциации, ТФОМС Югры трактует закон, как удобно им самим в вопросе формирования согласительной комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, в части присутствия в ней представителей от частных медицинских организаций, к этому мы привлекаем внимание, неоднократно поднимая этот вопрос в своих письмах и на встречах.

По 2 вопросу: о позиции фонда обязательного медицинского страхования к участникам системы ОМС.

В процессе обсуждения Цветковым С.В. было разъяснено, что в систему ОМС ХМАО-Югры входят: ТФОМС Югры, Департамент здравоохранения с системой государственных медицинских организаций и частные медицинские организации, которые выступают как участники системы ОМС, каждый из которых имеют свои права и обязанности. Тарифы на медицинские услуги одинаковы для организаций любой формы

собственности при условии, что они относятся к одному и тому же уровню оказания медицинской помощи и позиция ТФОМС такая, что медицинские услуги населению может оказывать хоть частная, хоть государственная медицинская организация. Главное для ТФОМС – оказанная медицинская услуга должна обладать необходимыми качествами, а медицинская помощь населению должна быть выполнена в рамках объема, утвержденного программой государственных гарантий.

Цветков С.В.: Ранее образованная и существующая в настоящее время система государственной медицины, позволяла и позволяет решать поставленные перед системой задачи. Однако исторически, в процессе взаимодействия с некоторыми частными медицинскими организациями у ТФОМС Югры возникали трудности, поэтому фонд в силу сложившихся негативных моментов со стороны частных медицинских организаций, ведет настороженную политику по отношению к ним самим. Когда частники приходят в систему ОМС, думают, что они сами себе «начальники», и хозяйствовать деньгами они могут так как они хотят, так как это их частная организация. Но я еще раз напомню, что это государственные деньги, и тратить их должны, даже частные медицинские организации не так как им хочется, а строго в соответствии с №326-ФЗ и Тарифным соглашением. Кроме того, «частная медицина» пришла на рынок, и по закону никто не имеет право закрыть ей доступ в систему ОМС, но частные медицинские организации, выбирая себе «удобные направления», могут привести вследствие этого, к дисбалансу в сложившейся системе здравоохранения.

Измайлов Р.И.: Действующие законы и другие нормативно-правовые акты, касающиеся порядка работы в системе ОМС должны выполняться всеми участниками системы независимо от формы собственности, поэтому я обязуюсь исполнять требования тарифного соглашения и федеральных законов. Хотя по части расходования денежных средств частной медицинской организацией у меня имеется собственное мнение.

При определении направлений расходования средств тарифное соглашение указывает, что медицинская организация должна расходовать эти

средства согласно правил получателей бюджетных средств, однако плательщиком за медицинские услуги выступает страховая медицинская организация.

Бюджетные деньги остаются бюджетными деньгами только до того времени, когда они от фонда передаются в страховую медицинскую организацию. Как только страховая медицинская организация на основании гражданско-правового договора перечисляет их медицинской организации за оказанные медицинские услуги в системе ОМС, то это уже не бюджетные деньги, потому что проводятся обычные товарно-деловые отношения – услуга в обмен на оплату.

По 3 вопросу: о качестве медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования.

Цветков С.В.: Я не отрицаю, что приход в систему здравоохранения частной медицины позволил улучшить положение дел в ряде «узких» мест медицинской отрасли, во-первых – повысить доступность медицинской помощи. Во-вторых, частная медицина по уровню сервисности, безоговорочно впереди. Однако в вопросах качества оказания медицинских услуг – тема дискуссионна, поскольку деятельность частных медицинских организаций в системе ОМС показала, что они также допускают в своей работе нарушения, выявляемые при проведении вневедомственного контроля качества оказания медицинской помощи.

По 4 вопросу: об уровнях оказания медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа-Югры.

В процессе обсуждения Измайлову Р.И. было разъяснено, что каждому уровню оказания медицинской помощи соответствуют конкретные критерии по оснащенности, профилям и видам оказания медицинской помощи. Уровень оказания медицинской помощи определяется согласительной комиссией, созданной при Территориальном фонде обязательного

медицинского страхования, возглавляет которую директор Департамента здравоохранения ХМАО-Югры. Все обращения по отнесению медицинской организации к тому или иному уровню необходимо выполнять в адрес либо председателя комиссии Добровольского А.А., либо в адрес директора ТФОМС Югры Фучежи А.П.

По 5 вопросу: о понятиях «объем медицинской помощи», «объем финансирования», «превышение объема» и «перераспределение» медицинской помощи в системе ОМС. Механизмы обращения медицинской организации для перераспределения объемов и финансовых средств в системе ОМС.

Измайлов Р.И.: «Допуская такую парадигму, что ТФОМС Югры преследует целью ведения контроля за предоставлением медицинскими организациями доступной и качественной медицинской помощи населению согласно программе госгарантий, то имеет ли право пациент настаивать на предоставлении направления в частную медицинскую организацию, работающую в системе ОМС к узкому специалисту, если в государственной, пациента не устраивает врач или сроки предоставления медицинской помощи? ТФОМС Югры же оплачивает медицинскую помощь по одним тарифам и следовательно разницы нет куда платить. Главное своевременное и качественное исполнение сроков оказания медицинской помощи?»

Цветков С.В.: «Пациент имеет право выбирать и лечебное учреждение и лечащего врача и это право закреплено в 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан» при этом существуют и правила осуществления этого права – это также оговорено в действующих нормативно-правовых актах.

Объем услуг, для проживающего населения на той или иной территории, в зависимости от его половозрастного состава, уже давно определен с помощью действующих методик расчетов. При распределении этого необходимого объема, согласительная комиссия, руководствуется многими определенными моментами, например: наличие на данной территории ряда

медицинских организацией, их мощностью, структурой оказания ими медицинской помощи по врачебным специальностям, по видам помощи, половозрастному составу населения, и распределяет эти объемы по видам помощи среди медицинских организаций, работающих в системе ОМС и закрепляет это в Тарифном соглашении. На основании объема необходимой медицинской помощи населению субъекта с помощью определенных экономических расчетов высчитываются тарифы за медицинские услуги в зависимости от уровня финансирования отрасли в субъекте. Медицинские организации, работающие в системе ОМС, должны выполнять данные объемы медицинской помощи, не допуская отклонений ни в сторону уменьшения оказанных услуг, ни в сторону их **превышения**. Если у какой-либо медицинской организации появляется превышение установленной в Тарифном соглашении Согласительной комиссией объемов медицинской помощи, то это должно быть обусловлено уменьшением такого же вида помощи в другой медицинской организации. В таком случае речь идет об перераспределении объема помощи и объема финансирования. Термин **«перераспределение объёмов медицинской помощи»** подразумевает процесс обращения медицинской организации в Согласительную комиссию по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования о предстоящем превышении выделенных объёмов помощи и объемов финансирования. Для этого медицинская организация должна заранее уведомлять Согласительную комиссию и представлять медико-экономическое обоснование того, что ей необходимо дополнительно перераспределить денежные средства и объемы медицинской помощи от других участников системы обязательного медицинского страхования. При этом позиция Согласительной комиссии заведомо строится на полном и непредвзятом отношении к участникам системы обязательного медицинского страхования, преследуя лишь цель по организации своевременного оказания медицинской помощи застрахованному населению и такие услуги подлежат оплате в полном объеме согласно действующим тарифам на момент оказания медицинской услуги.

Измайлов Р.И.: Мне понятно, что только в случае положительного утвердительного решения Согласительной комиссии может быть осуществлено «перераспределение» объемов помощи и объемов финансирования той или иной медицинской организации. Фонд обязательного медицинского страхования рассматривает данный процесс, как отсутствие нарушений в действующем законодательстве в системе обязательного медицинского страхования. В случае же самовольного превышения любой медицинской организацией, в том числе и частной формы собственности, установленного Тарифным соглашением объема услуг и вытекающего из этого объема финансирования, я считаю, что ТФОМС правильно расценивает это как нарушение правил ОМС и совершенно правильно применяет по этому поводу финансовые санкции.

По 6 вопросу: О солидарной ответственности членов Ассоциации «Медицинский бизнес Югры» перед всеми участниками системы ОМС.

В ходе обсуждения вариантов ответственности Ассоциации перед фондом ОМС и другими участниками системы ОМС Измайлов Р.И. разъяснил, что в настоящее время, пока Ассоциация не получила статус саморегулируемой организации все члены АМБЮ несут субсидиарную ответственность по действиям самой Ассоциации, а на рынке медицинских услуг каждый субъект самостоятельно несет ответственность за себя и Ассоциация по обязательствам своих членов в настоящее время не отвечает.

Однако в настоящее время идет процесс подготовки для получения статуса добровольной саморегулируемой организации. Одним из требований к такому статусу является наличие компенсационного фонда, состоящего из финансовых средств в пределах которого СРО несет ответственность по обязательствам своего члена, возникшим в результате причинения вреда, вследствие недостатков произведенных членом саморегулируемой организации работ или услуг (ст.13, п.12 315-ФЗ «О саморегулируемых организациях»), а также наличие внутренних стандартов и правил для саморегулирования.

Также в настоящее время разрабатываются и принимаются внутренние стандарты работы частной медицинской организации в системе обязательного медицинского страхования, формируется институт гарантий перед всеми участниками не только системы обязательного медицинского страхования, но и перед любыми субъектами медицинской деятельности.

Стороны в процессе обсуждений всех 6 вопросов сошлись на мнении, что при наличии единого органа управления, представляющего частные медицинские организации, при наличии единых регламентных правил внутри объединений частных медицинских организаций, возможно прогрессивное построение взаимодействия с ТФОМС Югры, что может способствовать развитию рынка негосударственных поставщиков медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования.

Директор филиала

ТФОМС Югры г. Нягани

Цветков С.В.

Секретарь собрания,

специалист филиала

ТФОМС Югры г. Нягани

Воробьева Е.А.

Президент ассоциации

«Медицинский бизнес Югры»

Измайлов Р.И.