Приложение 10 к протоколу № 2 от 28.02.2024 заседания комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования

**ПОРЯДОК**

**представления информации об объемах медицинской помощи и их финансового обеспечения участниками системы обязательного**

**медицинского страхования в комиссию по разработке
территориальной программы обязательного медицинского страхования**

**I. Общие положения**

1. Настоящий Порядок представления информации об объемах медицинской помощи и их финансового обеспечения участниками системы обязательного медицинского страхования в комиссию по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Порядок) разработан в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

2. Порядок устанавливает процедуру, сроки предоставления и состав информации, необходимой для выполнения возложенных на комиссию по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Комиссия) задач и полномочий.

**II. Порядок предоставления информации**

**для разработки проекта территориальной программы**

**обязательного медицинского страхования**

3. Для разработки территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Программа) в Комиссию предоставляется информация в следующем порядке и в следующие сроки:

3.1 **Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ненецкого автономного округа в срок до 15 сентября текущего года представляют в Комиссию:**

* численность застрахованных лиц субъекта Российской Федерации в разрезе половозрастных групп на основании сведений регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц по состоянию на 1 января текущего года;
* нормативы финансовых затрат на единицу объемов медицинской помощи, оказываемых в рамках территориальной программы, с учетом размера финансовых средств на реализацию территориальной программы в соответствии с законом о бюджете территориального фонда на соответствующий финансовый год (далее - плановый год);
* перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальной программе обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации в плановом году;
* результаты контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в динамике до трех лет (за исключением медицинских организаций, впервые включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в году, на который формируется территориальная программа).

3.2 **Медицинские организации в срок до 15 сентября текущего года представляют в Комиссию, предложения, содержащие следующие сведения:**

* штатная численность в разрезе профилей (отделений) и врачей-специалистов (штатные, занятые должности и физические лица) по состоянию на 1 сентября текущего года;
* численность прикрепившихся застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в разрезе половозрастных групп и их списочный состав (в электронном виде);
* фактически выполненные объемы медицинской помощи за предыдущий год и первое полугодие текущего года по видам и условиям предоставления медицинской помощи в разрезе профилей, врачей-специалистов, КСГ по детскому и взрослому населению, количеству диагностических и (или) консультативных услуг, а также объемы их финансирования (за исключением медицинских организаций, вновь включенных в реестр медицинских организаций);
* предложения о планируемых к выполнению объемах медицинской помощи на плановый год по видам и условиям оказания медицинской помощи, диагностических услуг, в разрезе профилей, врачей-специалистов, КСГ по детскому и взрослому населению;
* размеры тарифов, а также расчет норматива затрат на проведение диспансеризации в разрезе половозрастных групп в рабочие дни, в выходные дни;
* размеры тарифов, а также расчет норматива затрат на проведение профилактического медицинского осмотра в разрезе половозрастных групп в рабочие дни, в выходные дни;
* размеры тарифов, а также расчет норматива затрат на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований, для которых установлены отдельные нормативы федеральной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи;
* размеры тарифов, а также расчет норматива затрат в части оказания стоматологической медицинской помощи.

3.3 **Департамент здравоохранения, труда и социальной защиты населения Ненецкого автономного округа в срок до 15 сентября текущего года представляют в Комиссию информацию и предложения:**

* по распределению объемов предоставления медицинской помощи медицинским организациям в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи, сроков ожидания медицинской помощи по территориальной программе и объективных критериев (среднего радиуса территории обслуживания скорой медицинской помощи, количества фельдшерско-акушерских пунктов, расходов на содержание имущества на единицу объема медицинской помощи и других);
* по уровням медицинских организаций с учетом порядков и условий оказания медицинской помощи, включая сроки ожидания медицинской помощи и маршрутизации, по территориальной программе обязательного медицинского страхования;
* по распределению медицинских организаций по группам медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций с учетом объективных критериев: вида медицинской помощи, среднего радиуса территории обслуживания, количества фельдшерско-акушерских пунктов, уровня расходов на содержание имущества на единицу объема медицинской помощи;
* нормы нагрузки врачей-специалистов и порядок определения плановой функции врачебной должности;
* по участию медицинских организаций в реализации территориальной программы в части заявленных объемов оказания медицинской помощи, с учетом показателей эффективности деятельности медицинских организаций.

4. В составе Комиссии создается рабочая группа (далее – рабочая группа):

* по объемам оказания медицинской помощи и по тарифам на оплату медицинской помощи.

Рабочая группа рассматривают представленные в соответствии с пунктами 103 и 104 Правил обязательного медицинского страхования документы, а также проводят предварительную оценку эффективности деятельности медицинских организаций.

Рабочая группа до 15 октября текущего года оформляют предложения, подготовленные с участием медицинских организаций, по которым осуществляется распределение объемов предоставления медицинской помощи, определяются способы оплаты медицинской помощи, а в случае установления территориальной программой дополнительного сверх базовой программы финансового обеспечения - структура тарифов на оплату медицинской помощи.

Рабочая группа до 15 ноября текущего года

* определяют соответствие предлагаемых медицинскими организациями объемов предоставления медицинской помощи и фактически сложившихся объемов по данным статистики, потребности застрахованных лиц субъекта Российской Федерации в медицинской помощи (по данным органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения) с учетом установленных нормативов, а также особенностей территории (фактический уровень и структура заболеваемости, демографические показатели, доступность, в т. ч. транспортная, медицинских организаций, сложившаяся структура и ресурсная база здравоохранения и т.д.);
* утверждают способы оплаты, а в случае установления территориальной программой дополнительного сверх базовой программы финансового обеспечения - и структуру тарифа на оплату медицинской помощи.

Рабочая группа до 15 декабря текущего года утверждают распределение плановых объемов медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями на основании численности застрахованных граждан и с учетом фактических объемов предоставления медицинской помощи, принятых к оплате за предыдущий год и первое полугодие текущего года.

5. Комиссия по предложению рабочей группы в срок до 30 декабря текущего очередного года распределяет и доводит до заинтересованных организаций объемы предоставления медицинской помощи и их финансовое обеспечение.

6. Оперативная корректировка объемов предоставления медицинской помощи, распределенных между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями, по необходимости может осуществляться Комиссией ежемесячно, но не реже одного раза в квартал на основе:

- количества застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, и показатели объемов предоставления медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденные территориальной программой, с учетом показателей потребления медицинской помощи, видов медицинской помощи, условий предоставления медицинской помощи и врачебных специальностей;

- показателей объемов предоставления медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденные территориальной программой, с учетом профилей отделений (коек), врачебных специальностей, видов медицинской помощи и условий ее предоставления медицинскими организациями, не имеющими прикрепленных застрахованных лиц;

- количества диагностических и (или) консультативных услуг для обеспечения потребности медицинских организаций по выполнению стандартов медицинской помощи и порядков ее оказания по заболеваниям и состояниям в полном объеме при отсутствии или недостаточности у медицинских организаций данных диагностических и (или) консультативных услуг, в целях учета в договорах с медицинскими организациями, оказывающими только указанные услуги в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности;

- соотношения оказанных объемов предоставления медицинской помощи и оплаченных страховыми медицинскими организациями;

- территориальной доступности медицинской помощи;

- наличия ресурсного, в том числе кадрового, обеспечения планируемых объемов предоставления медицинской помощи;

- права застрахованного лица на выбор медицинской организации и врача;

- изменения маршрутизации пациентов на период более одного месяца, в том числе по причине закрытия медицинских организаций (структурных подразделений), подтвержденное приказами (распоряжениями) органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья;

- реорганизации или изменения структуры медицинской организации (открытие новых отделений, введение новых специальностей врачей, увеличение коечного фонда);

- осуществления нового вида медицинской деятельности, ранее не заявленного при формировании предложений по объемам предоставления медицинской помощи (с приложением копии лицензии на осуществление медицинской деятельности), и другие причины.

**III. Порядок предоставления иной информации**

7. Иная информация, необходимая для выполнения Комиссией возложенных на нее задач и полномочий, представляется в порядке и сроки, устанавливаемые председателем Комиссии.