УТВЕРЖДЕНО:

Решением Комиссии

по разработке ТП ОМС

в Республике Саха (Якутия)

от «18» апреля 2016 протокол №3

**Порядок**

**предоставления информации/материалов членами Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Саха (Якутия)**

**I. Общие положения**

1.1. Настоящий Порядок предоставления информации/материалов членами Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Саха (Якутия) (далее - Порядок) разработан в соответствии с:

- Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

- Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 года № 158н;

- методическими указаниями ФФОМС по предоставлению информации об объемах медицинской помощи и их финансового обеспечения членами Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования от 24.11.2015 г.;

- иными нормативными правовыми актами, действующими в сфере обязательного медицинского страхования.

1.2. Порядок устанавливает процедуру, сроки направления и состав информации, необходимой для выполнения возложенных на Комиссию по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Саха (Якутия) (далее - Комиссия) задач и полномочий.

**II.Порядок предоставления информации/материалов для распределения объемов между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования**

2.  В целях распределения объемов предоставления медицинской помощи и их финансового обеспечения между медицинскими организациями и распределения объемов между страховыми медицинскими организациями до 1 января года, на который осуществляется распределение:

2.1.  Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (далее – территориальный фонд) в срок:

2. 1.1. до 15 сентября текущего года представляет в Комиссию:

- данные о численности застрахованных лиц в Республике Саха (Якутия) в разрезе половозрастных групп на основании сведений регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц по состоянию на 1 апреля текущего года;

- расчетные нормативы финансовых затрат на единицу объемов медицинской помощи, оказываемых в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, с учетом размера финансовых средств на реализацию территориальной программы обязательного медицинского страхования, предусмотренного проектом закона о бюджете территориального фонда на соответствующий финансовый год (далее – плановый год);

- перечень страховых медицинских организаций, включенных в Реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Республике Саха (Якутия) в плановом году;

- перечень медицинских организаций, включенных в Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальной программе обязательного медицинского страхования в Республике Саха (Якутия в плановом году;

- расчетную потребность объема медицинской помощи в разрезе страховых медицинских организаций с учетом числа застрахованных лиц (с учетом пола и возраста);

2. 1.2. до 20 ноября текущего года представляет в Комиссию**:**

- предложения по распределению 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;

- предложения по объему финансовых средств по страховым медицинским организациям.

2.2.  Страховые медицинские организации в срок до 15 сентября текущего года представляют в Комиссию**:**

- данные о численности застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц в Республике Саха (Якутия) в разрезе половозрастных групп по состоянию на 1 апреля текущего года;

- предложения по планируемым объемам предоставления медицинской помощи на основании числа застрахованных граждан и с учетом фактических объемов медицинской помощи, принятых к оплате за предыдущий год и первое полугодие текущего года;

- предложения по способам оплаты медицинской помощи и структуре тарифов на оплату медицинской помощи.

2.3.  Медицинские организации в срок до 15 октября текущего года представляют в Комиссию, предложения, содержащие следующие сведения:

- штатную численность в разрезе профилей и специальностей (штатные, занятые должности и физические лица) по состоянию на 1 сентября текущего года;

- численность (в разрезе половозрастных групп) и списочный состав прикрепившихся застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (в электронном виде);

- фактически выполненные объемы первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи, а также специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи за предыдущий год и первое полугодие текущего года (по данным статистики и учета) в условиях стационара, дневного стационара, в амбулаторных условиях, скорой медицинской помощи, диагностических услуг в разрезе профилей, специальностей, клинико-статистических групп/клинико-профильных групп (далее – КСГ/КПГ) по детскому и взрослому населению, а также объемы их финансирования;

- предложения объемов первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи, а также специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в условиях стационара, дневного стационара, в амбулаторных условиях, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, диагностическим услугам на очередной год в разрезе профилей, специальностей, КСГ/КПГ по детскому и взрослому населению;

- предложения по способам оплаты медицинской помощи, применяемым к оплате медицинской помощи данной медицинской организации, и структуре тарифов на оплату медицинской помощи.

2.4.  Министерство здравоохранения РС(Я), медицинские профессиональные некоммерческие организации или их ассоциации (союзы) и профессиональные союзы медицинских работников или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории Республики Саха (Якутия), в срок до 20 октября текущего года представляют в Комиссию информацию и предложения:

- по объемам предоставления медицинской помощи, 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 перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, необходимых для оказания медицинской помощи;

- по целевым значениям критериев доступности и качества медицинской помощи;

- по способам оплаты медицинской помощи и структуре тарифа на оплату медицинской помощи;

- по коэффициентам дифференциации по полу, возрасту и заболеваемости;

- 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.

2.5. В составе Комиссии создается рабочая группа по объемам оказания медицинской помощи и  по тарифам на оплату медицинской помощи (далее – рабочая группа) в соответствии с совместным приказом Министерства здравоохранения РС(Я) и территориального фонда.

Рабочая группа рассматривает документы, до 1 ноября текущего года оформляет и направляется в Комиссию предложения, подготовленные с участием медицинских организаций, по которым осуществляется:

- распределение объемов предоставления медицинской помощи;

- определяются способы оплаты медицинской помощи;

-в случае установления территориальной программой дополнительного сверх базовой программы финансового обеспечения определяется структура тарифов на оплату медицинской помощи.

2.6. Комиссия до 15 ноября текущего года рассматривает предложения рабочей группы на заседаниях и принимает решения. При этом Комиссия:

- определяет соответствие предлагаемых медицинскими организациями объемов предоставления медицинской помощи и фактически сложившихся объемов по данным статистики, потребности застрахованных лиц в медицинской помощи 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.);

- утверждает способы оплаты, а в случае установления территориальной программой дополнительного сверх базовой программы финансового обеспечения - и структуру тарифа на оплату медицинской помощи.

2.7. Комиссия в срок до 30 ноября текущего года направляет в Министерство здравоохранения РС(Я) информацию по объемам медицинской помощи и их финансовом обеспечении в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

2.8. Комиссия по предложению рабочих групп в срок до 20 декабря текущего очередного года распределяет и доводит до заинтересованных организаций, путем размещения на официальном сайте территориального фонда, объемы предоставления медицинской помощи и их финансовое обеспечение.

**III. Порядок предоставления информации/материалов для перераспределения объемов медицинской помощи**

3. Оперативная корректировка объемов предоставления медицинской помощи, распределенных между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями, по необходимости может осуществляться Комиссией ежемесячно, но не позднее 1 ноября текущего года, на основе:

3.1. предложений медицинских организаций с указанием причин, которыми могут являться:

- мотивированная и обоснованная заявка на планируемые объемы медицинской помощи по условиям оказания медицинской помощи в разрезе профилей и/или врачебных специальностей (с указанием категории обслуживаемого населения);

- изменение численности прикрепленных застрахованных лиц, выбравших данную медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи;

- изменение маршрутизации пациентов на период более 1 месяца, в том числе по причине закрытия медицинских организаций (структурных подразделений), подтвержденное приказами (распоряжениями) Министерства здравоохранения РС(Я);

- рост инфекционной заболеваемости, чрезвычайные происшествия, техногенные катастрофы, стихийные бедствия и т.п., по причине которых резко изменяется объем оказания экстренной (неотложной) медицинской помощи;

- реорганизация или изменение структуры медицинской организации (открытие новых отделений, врачебных приемов, увеличение/уменьшение коечного фонда, фактическое наличие врачебных специальностей по профилю медицинской помощи, планируемой к перераспределению);

- подтвержденное соответствующими правовыми актами получение лицензии на новый вид медицинской деятельности, ранее не заявленной при формировании предложений по объемам предоставления медицинской помощи, и другие причины;

3.2. предложений страховых медицинских организаций с указанием причин, которыми могут являться существенное изменение численности застрахованных лиц по полу и возрасту, повышенная заболеваемость и другие причины;

3.3. информации территориального фонда:

- по данным персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;

- по данным анализа выполнения объемов, утвержденных территориальной программой обязательного медицинского страхования, согласно принятым к оплате реестрам счетов медицинской организации;

3.4. предложений Министерства здравоохранения РС(Я):

- о потребности в медицинской помощи по данному профилю в медицинской организации согласно действующим нормативным документам (Порядки);

- по заключению главных внештатных специалистов (при необходимости).

**IV. Порядок предоставления информации/материалов для рассмотрения изменений тарифов**

4. Предложение по внесению изменений в Тарифное соглашение рассматривается Комиссией при условии предоставления обоснованного предложения, с необходимыми расчетами и подтверждающими документами.

**V. Порядок рассмотрения предоставленной информации/материалов**

5.1. Плановые (очередные) заседания Комиссии проводятся ежемесячно, не позднее 19 числа, при наличии материалов, поступивших для рассмотрения.

5.2. Для рассмотрения вопросов по перераспределению объемов оказания медицинской помощи, установленных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Саха (Якутия) на соответствующий год, Комиссия направляет документы в Рабочую группу.

5.3. Предложения (заявления), поступающие на рассмотрение Комиссии, направляются в адрес территориального фонда на имя директора на бумажном носителе за подписью руководителя. В случае если информация не содержит сведений конфиденциального характера, в том числе персональных данных, допускается направление предложений по электронной почте, с последующим предоставлением на бумажном носителе.

5.4. Предложения, не отвечающее требованиям предусмотренным настоящим Порядком, возвращается заявителю без рассмотрения.

5.5. При необходимости уточнения, получения дополнительных документов и информации для рассмотрения поступившего предложения секретарь Рабочей группы (Комиссии) направляет запрос заявителю.

5.6. Заявитель, получивший запрос от секретаря Рабочей группы (Комиссии) предоставляет запрашиваемую информацию, документы в срок и по адресу указанному в запросе.

5.7. В случае не предоставления заявителем запрашиваемых документов и/или информации, рассмотрение предложения приостанавливается до дня поступления соответствующих документов и/или информации.

5.8. Предложение о перераспределении объема медицинской помощи, поступившее в адрес Комиссии до пятого рабочего дня месяца, рассматривается в текущем месяце.

5.9. Секретарь Комиссии в течение 2-х рабочих дней от даты получения соответствующего обращения, направляет материалы в Рабочую группу для изучения, сбора, анализа данных, подготовки соответствующих решений/предложений и формирования повестки заседания Рабочей группы.

5.10. Рабочая группа рассматривает обращение, готовит по нему решение/предложение и не менее чем за 3 рабочих дня до очередного заседания Комиссии передает их секретарю Комиссии для формирования повестки.

5.11. Решение/предложение Рабочей группы носит для Комиссии рекомендательный характер.

5.12. Предложения, отвечающие всем вышеуказанным требованиям, но поступившие после пятого рабочего дня текущего месяца, будут рассматриваться на заседании Комиссии в следующем месяце.

5.13. Решения Комиссии принимаются простым большинством голосов присутствующих на заседании членов Комиссии и оформляются, в полном объеме в течение 2-х рабочих дней протоколом, который подписывается председательствующим и членами Комиссии. Решения, принимаемые Комиссией в соответствии с ее компетенцией, являются обязательными для всех участников обязательного медицинского страхования на территории Республики Саха (Якутия). Решения Комиссии размещаются на официальном сайте территориального фонда http://sakhaoms.ru.

5.14. Члены Комиссии, не согласные с принятым решением, вправе требовать занесения их особого мнения в протокол заседания Комиссии.

5.15. Выписки из протоколов Комиссии направляются в адрес заинтересованных лиц в течение 3-х рабочих дней, следующих за датой подписания Протокола.