

УТВЕРЖДЕН
решением Комиссии по
разработке территориальной
программы обязательного
медицинского страхования
Саратовской области
протокол от 15.03.2012 №1

**ПОРЯДОК
представления информации
в Комиссию по разработке территориальной
программы обязательного медицинского страхования
Саратовской области**

1. Представление информации Территориальным фондом ОМС

1.1. В целях формирования территориальной программы ОМС, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (далее – ТФОМС) представляет в Комиссию по разработке территориальной программы ОМС (далее – Комиссия) следующую информацию:

- в срок до 5 июля года, предшествующего реализации Программы ОМС, данные о численности застрахованных лиц на территории области в разрезе половозрастных групп на основании сведений регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц по состоянию на 1 июля.

1.2. В целях распределения объемов медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, ТФОМС представляет в Комиссию в срок до 10 сентября года, предшествующего реализации территориальной Программы ОМС, следующую информацию:

- расчетные нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи с учетом размера бюджетных ассигнований на реализацию территориальной программы, установленного проектом закона о бюджете территориального фонда;
- перечень страховых медицинских организаций, включенных в Реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Саратовской области;
- перечень медицинских организаций, включенных в Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Саратовской области;
- расчетная потребность застрахованных лиц в медицинской помощи в разрезе СМО;

- фактические объемы медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в разрезе СМО и медицинских организаций за предыдущий год по видам медицинской помощи (отдельно по детям и взрослым);
- фактические объемы медицинской помощи, оказанные медицинскими организациями застрахованным лицам, по отдельным профилям и врачебным специальностям (по запросу);
- предложения по распределению объемов медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями на основании фактических объемов медицинской помощи принятых к оплате;
- предложения по объему финансовых средств по страховым медицинским организациям;
- предложения по способам оплаты медицинской помощи и структуре тарифов.

2. Представление информации министерством здравоохранения области

2.1. В целях формирования территориальной программы ОМС, министерство здравоохранения области (далее – МЗО) представляет в Комиссию по разработке территориальной программы ОМС в срок до 1 сентября года, предшествующего реализации Программы ОМС, следующую информацию:

- по видам медицинской помощи, перечню заболеваний, порядку и условиям предоставления медицинской помощи, включая сроки ожидания медицинской помощи, значениям нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо (на основании сведений представленных ТФОМС области о численности застрахованных лиц на территории области в разрезе половозрастных групп на основании сведений регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц) с учетом объемов медицинской помощи, оказываемых застрахованным лицам медицинскими организациями в других субъектах Российской Федерации, нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативам финансового обеспечения территориальной программы в расчете на одно застрахованное лицо;
- 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;

- предложения по способам оплаты медицинской помощи и структуре тарифов.

2.2. В целях распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями, министерство здравоохранения области представляет в Комиссию в срок до 1 октября года, предшествующего реализации территориальной Программы ОМС, следующую информацию:

- мощность медицинских организаций в разрезе профилей;
- объемы медицинской помощи по видам, профилям, врачебным специальностям в целом по области (отдельно по детям и взрослым);
- численность жителей области, прикрепившихся к амбулаторно-поликлиническим организациям;
- предложения по распределению объемов медицинской помощи между медицинскими организациями в разрезе видов, профилей, специальностей (отдельно по детям и взрослым).

3. Представление информации страховыми медицинскими организациями

3.1. В целях распределения объемов медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями, каждая СМО представляет в Комиссию в срок до 1 сентября года, предшествующего реализации Программы ОМС, информацию:

- об объемах медицинской помощи, необходимых для лиц, застрахованных в данной СМО;
- о потребности в финансовых средствах, прогнозе численности застрахованных на 1 января следующего года;
- о численности и половозрастной структуре застрахованных лиц.

3.2. В целях распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями, СМО представляют в Комиссию в срок до 1 октября года, предшествующего реализации территориальной Программы ОМС, предложения по объемам медицинской помощи в разрезе медицинских организаций на основании потребности застрахованных в медицинской помощи с учетом их выбора медицинской организации.

4. Представление информации медицинскими организациями

4.1. В целях распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями, медицинские организации представляют в Комиссию в срок до 5 сентября года, предшествующего реализации Программы ОМС, следующие сведения:

- фактически выполненные объемы медицинской помощи за предыдущий год, полугодие текущего года (по данным статистики и

учета) по видам медицинской помощи (стационарной, амбулаторно-поликлинической, стационарозамещающей) в разрезе профилей и специальностей (отдельно по детям и взрослым);

- копии лицензий по видам медицинской помощи;
- копию приказа по структуре коечного фонда;
- штатную численность в разрезе профилей и специальностей (штатные, занятые должности и физические лица);
- копия приказа по функции врачебной должности;
- численность застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания амбулаторной медицинской помощи;
- предложения об объемах медицинской помощи на следующий год по видам и профилям медицинской помощи (отдельно по детям и взрослым).

5. Представление информации профсоюзными организациями, их объединениями и ассоциациями

5.1. В целях распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями, профсоюзы представляют в Комиссию в срок до 10 сентября года, предшествующего реализации Программы ОМС, предложения по распределению объемов медицинской помощи между медицинскими организациями, способам оплаты медицинской помощи по ОМС и структуре тарифов.

6. Формирование территориальной Программы ОМС и перераспределение объемов медицинской помощи

6.1. Комиссия рассматривает предложения ТФОМС, министерства здравоохранения области, страховых медицинских организаций, профсоюзов и медицинских организаций и принимает решение о распределении объемов медицинской помощи и финансовых средств между страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, а также определяет способы оплаты медицинской помощи и тарифы, подготавливает проект тарифного соглашения.

О принятом решении по распределению объемов медицинской помощи и финансовых средств между страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями Комиссия информирует ТФОМС, МЗО, СМО, профсоюзы и медицинские организации.

6.2. При необходимости последующего перераспределения объемов медицинской помощи медицинские организации представляют в Комиссию соответствующие ходатайства с подробным обоснованием (данные об изменении заболеваемости обслуживаемого населения, копии приказов об изменении коечного фонда и принятии специалистов на работу,

необходимые расчеты, касающиеся функции врачебной должности врача специалиста, работы профильной койки, и т.д.).

Комиссия на ближайшем заседании рассматривает ходатайства, представленные не позднее, чем за 10 дней до заседания, и при наличии оснований принимает решение о перераспределении объемов медицинской помощи. Заседания Комиссии проводятся не реже одного раза в квартал.

Секретарь Комиссии в течение 5 рабочих дней после заседания доводит решение Комиссии до соответствующих медицинских организаций;

На основании решения Комиссии министерство здравоохранения области не реже одного раза в квартал вносит изменения в установленные задания и постановление Правительства области по утверждению территориальной программы ОМС на текущий год.