

Приложение N 1
к Правилам обязательного медицинского
страхования, утвержденным приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 28 февраля 2019 г. N 108н

**ПОЛОЖЕНИЕ
О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КОМИССИИ ПО РАЗРАБОТКЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ
ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Список изменяющих документов

(в ред. Приказов Минздрава России от 26.03.2021 N 254н,
от 13.12.2022 N 789н)

1. Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования создается в соответствии с законодательством Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования.

2. Комиссия в своей деятельности руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации и другими нормативными правовыми актами в сфере здравоохранения и обязательного медицинского страхования Российской Федерации и субъекта Российской Федерации, а также настоящими Правилами.

3. В состав Комиссии на паритетных началах входят представители органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориального фонда, страховых медицинских организаций и медицинских организаций, представители медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов) и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации.

4. Комиссия:

1) разрабатывает проект территориальной программы;

2) разрабатывает и устанавливает показатели эффективности деятельности медицинских организаций, позволяющие провести оценку возможности реализации заявленных медицинской организацией объемов медицинской помощи;

3) распределяет на отчетный год и перераспределяет в течение года объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими

организациями, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности на территории Российской Федерации (за исключением медицинских организаций, находящихся за пределами Российской Федерации, включенных в реестр медицинских организаций), в пределах и на основе установленных территориальной программой объемов предоставления медицинской помощи, до 1 января года, на который осуществляется распределение, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения <1> (далее - контроль 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 обязательного медицинского страхования);

(пп. 3 в ред. [Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н](#))

<1> [Приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. N 231н "Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2021 г., регистрационный N 63410) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 июля 2021 г. N 696н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный N 64445), от 21 февраля 2022 г. N 100н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 февраля 2022 г., регистрационный N 67559).

(сноска введена [Приказом](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

4) устанавливает тарифы на оказание медицинской помощи и формирует тарифное соглашение в соответствии с [требованиями](#) к структуре и содержанию тарифного соглашения, установленных Федеральным фондом в соответствии с [частью 2 статьи 30](#) Федерального закона;

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

5) устанавливает иные сроки подачи медицинскими организациями уведомления об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования для вновь создаваемых медицинских организаций;

6) определяет порядок представления информации членами Комиссии.

5. В целях разработки проекта территориальной программы Комиссия на заседаниях:

1) рассматривает информацию:

исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья по объемам медицинской помощи, требуемым для предоставления застрахованным лицам на предстоящий год;

территориального фонда о численности застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации в разрезе половозрастных групп на основе регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц, реестра страховых медицинских организаций и реестра медицинских организаций;

2) рассматривает предложения исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, территориального фонда, страховых медицинских организаций и медицинских организаций 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 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, способам оплаты медицинской помощи и тарифам в соответствии с требованиями, установленными базовой программой и в дополнение к базовой программе;

целевым значениям критериев доступности и качества медицинской помощи;

перечню направлений использования средств обязательного медицинского страхования при установлении дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой;

участию медицинских организаций в реализации территориальной программы в части заявленных объемов оказания медицинской помощи, с учетом показателей эффективности деятельности медицинских организаций;

3) анализирует соответствие показателей объемов предоставления медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленных территориальной программой и базовой программой;

6. При разработке проекта территориальной программы Комиссией учитываются **порядки** оказания медицинской помощи, **клинические рекомендации**, **стандарты** медицинской помощи, особенности половозрастного состава застрахованных лиц, уровень и структура заболеваемости населения субъекта Российской Федерации по данным медицинской статистики, климатические, географические особенности субъекта Российской Федерации, транспортная доступность медицинских организаций, сбалансированность объема медицинской помощи и ее финансового обеспечения.

7. Подготовленный проект территориальной программы Комиссия представляет исполнительному органу государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья и территориальному фонду.

8. Распределение и перераспределение объемов медицинской помощи осуществляется:

1) по видам и условиям предоставления медицинской помощи, а также применяемым способам оплаты медицинской помощи;

2) в разрезе профилей медицинской помощи, и при решении Комиссии в разрезе заболеваний и состояний (групп заболеваний и состояний), групп и видов высокотехнологичной медицинской помощи;

3) в разрезе медицинских услуг (групп медицинских услуг) в случае установления в тарифном соглашении по отдельным видам медицинских услуг (групп медицинских услуг) возможности использования только способа оплаты медицинской помощи "за единицу объема медицинской помощи";

4) с учетом показателей потребления медицинской помощи по данным персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, численности и половозрастной структуры застрахованных лиц, а также с учетом результатов 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 обязательного медицинского страхования).

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

(п. 8 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 26.03.2021 N 254н)

8.1. Распределение и перераспределение объемов финансового обеспечения медицинской помощи осуществляется:

1) по видам и условиям предоставления медицинской помощи, а также применяемым способам оплаты медицинской помощи;

2) в разрезе профилей медицинской помощи, и в случае распределения объемов предоставления медицинской помощи в разрезе заболеваний и состояний (групп заболеваний и состояний), групп и видов высокотехнологичной медицинской помощи - в разрезе заболеваний и состояний (групп заболеваний и состояний), групп и видов высокотехнологичной медицинской помощи;

3) в разрезе медицинских услуг (групп медицинских услуг) в случае установления в тарифном соглашении по отдельным видам медицинских услуг (групп медицинских услуг)

возможности использования только способа оплаты медицинской помощи "за единицу объема медицинской помощи";

4) с учетом распределения (перераспределения) объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями, в том числе исходя из результатов 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 обязательного медицинского страхования), способов оплаты медицинской помощи и тарифов на оплату медицинской помощи, установленных и применяемых для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, в соответствии с тарифным соглашением.

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

(п. 8.1 введен [Приказом](#) Минздрава России от 26.03.2021 N 254н)

9. При распределении и перераспределении объемов медицинской помощи учитываются:

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 26.03.2021 N 254н)

1) порядок организации медицинской помощи в субъекте Российской Федерации с учетом этапов оказания медицинской помощи, уровня и структуры заболеваемости, особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей региона, а также сроков ожидания оказания медицинской помощи;

2) сведения медицинских организаций, представленные при подаче уведомления об участии в сфере обязательного медицинского страхования;

3) соответствие заявленных медицинскими организациями объемов медицинской помощи перечню работ и услуг, включенных в лицензию на осуществление медицинской деятельности;

4) соответствие объемов медицинской помощи, заявленных медицинскими организациями при подаче уведомлений об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования, мощности коечного фонда, наличию соответствующего медицинского оборудования, медицинских работников соответствующих специальностей и других;

5) соответствие деятельности медицинских организаций требованиям порядков оказания медицинской помощи;

6) 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).

(пп. 6 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

Распределение объемов медицинской помощи, установленных территориальной программой, между медицинскими организациями в субъекте Российской Федерации осуществляется без учета объемов медицинской помощи застрахованным лицам субъекта Российской Федерации, оказываемой за его пределами.

Распределение объемов медицинской помощи медицинской организации осуществляется Комиссией в объемах, не превышающих предложения медицинской организации, представленные в уведомлении в соответствии с [подпунктом 18 пункта 105](#) настоящих Правил, после оценки объемов медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации.

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 26.03.2021 N 254н)

10. В целях распределения объемов между медицинскими организациями в рамках территориальной программы до 1 января года, на который осуществляется распределение, секретарю Комиссии не позднее трех рабочих дней после утверждения территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи представляются следующая информация и предложения:

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

1) территориальным фондом:

численность застрахованных лиц субъекта Российской Федерации в разрезе полновозрастных 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);

абзац утратил силу. - [Приказ](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н;

перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций на плановый год;

абзацы шестой - восьмой утратили силу. - [Приказ](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н;

2) утратил силу. - [Приказ](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н;

3) медицинскими организациями:

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);

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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;

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

4) исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья - 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).

Секретарем Комиссии в течение трех рабочих дней с даты поступления предложений формируются и представляются членам Комиссии материалы для рассмотрения. Распределение объемов медицинской помощи между медицинскими организациями осуществляется Комиссией в течение трех рабочих дней после получения материалов от секретаря Комиссии.

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

11. Распределение объемов медицинской помощи между медицинскими организациями осуществляется Комиссией по следующим критериям:

1) количество прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и показателей объемов предоставления медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденных территориальной программой, с учетом показателей потребления медицинской помощи, видов медицинской помощи, условий предоставления медицинской помощи и врачебных специальностей;

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

3) количество диагностических и (или) консультативных услуг для обеспечения потребности медицинских организаций по выполнению порядков оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи по заболеваниям и состояниям в полном объеме при отсутствии или недостаточности у медицинских организаций данных диагностических и (или) консультативных услуг;

4) соотношение оказанных объемов предоставления медицинской помощи и оплаченных страховыми медицинскими организациями каждой медицинской организации;

5) необходимость и возможность внедрения новых медицинских услуг или технологий;

6) наличие ресурсного, в том числе кадрового, обеспечения планируемых объемов предоставления медицинской помощи;

7) достаточность мощности медицинской организации для выполнения объемов медицинской помощи, заявленных медицинской организацией в уведомлении об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования;

8) 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).

(пп. 8 введен Приказом Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

При распределении объемов медицинской помощи между медицинскими организациями критерии рассматриваются Комиссией комплексно.

(в ред. Приказа Минздрава России от 26.03.2021 N 254н)

12. Для рассмотрения отдельных вопросов и подготовки необходимых предложений, оперативного перераспределения объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, распределенных между медицинскими организациями, при Комиссии могут создаваться рабочие группы, к работе которой кроме членов Комиссии могут привлекаться специалисты органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориального фонда, страховых медицинских организаций и медицинских организаций, медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов) и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации.

(в ред. Приказа Минздрава России от 26.03.2021 N 254н)

13. Для разработки проекта тарифного соглашения создается рабочая группа по тарифам на оплату медицинской помощи.

В срок до 15 декабря текущего года страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья предоставляются к заседанию рабочей группы данные статистической и финансовой отчетности, необходимые для расчета тарифов на оплату медицинской помощи, и предложения по способам оплаты медицинской помощи и структуре тарифов на оплату медицинской помощи, установленные территориальной программой в соответствии с базовой программой, утверждаемой в составе программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

На основании представленных данных рабочая группа:

1) в срок до 15 декабря текущего года осуществляет необходимые расчеты для формирования тарифов на оплату медицинской помощи на плановый период в соответствии с Методикой, требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, установленных Федеральным фондом в соответствии с [частью 2 статьи 30](#) Федерального закона;

2) в срок до 20 декабря текущего года готовит проект тарифного соглашения;

3) в срок до 25 декабря текущего года направляет для рассмотрения проект тарифного соглашения членам Комиссии;

4) в пятидневный срок со дня заключения направляет тарифное соглашение в Федеральный фонд для подготовки заключения о соответствии тарифного соглашения базовой программе, а также в случае, если в заключении Федерального фонда сделан вывод о несоответствии тарифного соглашения базовой программе обязательного медицинского страхования, обеспечивает внесение соответствующих изменений в тарифное соглашение и повторное рассмотрение тарифного соглашения Комиссией, а также повторное направление тарифного соглашения в Федеральный фонд в установленный им срок. Устранение замечаний, указанных в заключении Федерального фонда, является обязательным.

(пп. 4 введен [Приказом](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

14. Решения о распределении объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями включаются в состав тарифного соглашения или принимаются отдельными решениями Комиссии в срок до 30 декабря текущего года. О принятых решениях Комиссия информирует территориальный фонд, исполнительный орган государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, страховую медицинские организации и медицинские организации.

(п. 14 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 26.03.2021 N 254н)

15. Персональный состав Комиссии утверждается правовым актом высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации.

Изменения в состав Комиссии вносятся не реже одного раза в три года.

16. Председателем Комиссии является представитель органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации.

17. Секретарем Комиссии является представитель территориального фонда. Секретарь Комиссии не менее чем за три рабочих дня до начала заседания Комиссии информирует членов Комиссии о дате, месте и времени проведения заседания и организует рассылку необходимых материалов. Секретарь Комиссии обеспечивает ведение делопроизводства и хранение протоколов Комиссии.

18. Заседания Комиссии проводятся по мере необходимости, но не реже одного раза в месяц.

19. Решения Комиссии считаются правомочными, если в заседании принимало участие более двух третей членов Комиссии. Решение принимается простым большинством голосов от количества присутствующих на заседании членов Комиссии. В случае равенства голосов голос председателя Комиссии является решающим.

20. Решения Комиссии оформляются протоколом, который подписывается председательствующим и членами Комиссии и доводится до сведения территориального фонда, страховых медицинских организаций и медицинских организаций. Решения, принимаемые Комиссией в соответствии с ее компетенцией, являются обязательными для всех участников обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации.

21. Выписка из протокола решения Комиссии по распределению объемов предоставления медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями размещается на официальных сайтах исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья и территориального фонда в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" в течение двух рабочих дней со дня их распределения.