



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(МИНЗДРАВ РОССИИ)**

МИНИСТР

Рахмановский пер., д. 3, Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

12.12.14 № 11-9/10/2-9388

На № _____ от _____

Руководителям
органов государственной власти
субъектов Российской Федерации
в сфере охраны здоровья

Директорам
территориальных фондов
обязательного медицинского
страхования

О формировании и экономическом обосновании
территориальной программы государственных
гарантий бесплатного оказания гражданам
медицинской помощи на 2015 год и на
плановый период 2016 и 2017 годов

Во исполнение пункта 2 постановления Правительства Российской Федерации от 28 ноября 2014 г. № 1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» (далее – Программа) Министерство здравоохранения Российской Федерации совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования направляет разъяснения по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов (далее – территориальная программа государственных гарантий).

**Формирование территориальной программы
государственных гарантий**

1. Органы государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с Программой разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий, включая территориальные программы обязательного медицинского страхования.

Стоимость территориальной программы государственных гарантий формируется за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации и местных бюджетов (в случае передачи органами государственной власти субъекта Российской Федерации соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного

самоуправления) (далее – соответствующие бюджеты) и средств обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования и утверждается в виде приложения к территориальной программе государственных гарантий по форме, в соответствии с приложениями 1 и 2 к настоящему разъяснению.

Объем медицинской помощи в расчете на 1 жителя, стоимость единицы объема медицинской помощи с учетом условий ее оказания за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования формируются на основании средних нормативов объема медицинской помощи и средних нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой, с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики, климатических и географических особенностей региона, транспортной доступности медицинских организаций и плотности населения на территории субъекта Российской Федерации и указываются в текстовой части территориальной программы государственных гарантий, а также в табличной форме в приложении к ней.

Территориальная программа государственных гарантий должна быть сбалансирована в части объема медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по условиям ее оказания.

В целях обеспечения преемственности, доступности и качества медицинской помощи, а также эффективной реализации территориальных программ государственных гарантий субъектами Российской Федерации формируется и развивается трехуровневая система организации медицинской помощи гражданам. Рекомендуются установление распределения медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий, по следующим уровням:

первый уровень – оказание преимущественно первичной медико-санитарной, в том числе первичной специализированной медицинской помощи, а также специализированной медицинской помощи и скорой медицинской помощи (в центральных районных больницах, городских, районных, участковых больницах, городских поликлиниках, станциях скорой медицинской помощи);

второй уровень – оказание преимущественно специализированной (за исключением высокотехнологичной), медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своей структуре специализированные межмуниципальные (межрайонные) отделения и (или) центры, а также в диспансерах, многопрофильных больницах;

третий уровень – оказание преимущественно специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в медицинских организациях.

В пределах третьего уровня системы организации медицинской помощи выделяют подуровень, включающий федеральные медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в пределах нескольких субъектов Российской Федерации.

Распределение по уровням медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде и новорожденным, осуществляется в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. № 572н (зарегистрирован Минюстом России 2 апреля 2013 г., № 27960).

Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий, в том числе территориальной программы обязательного медицинского страхования, является приложением к территориальной программе государственных гарантий и включает полный пронумерованный перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий, с указанием медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в соответствии с реестром медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (приложение 3 к настоящим разъяснениям).

Территориальная программа государственных гарантий в части определения порядка и условий оказания медицинской помощи должна включать сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме. При этом сроки ожидания оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи не должны превышать 30 дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию, сроки проведения консультаций врачей-специалистов – 10 рабочих дней со дня обращения.

Также в целях обеспечения прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи рекомендуется установление предельных сроков ожидания:

- оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме – не более 2 часов с момента обращения;

- проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме – не более 10 рабочих дней;

- проведения компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме – не более 30 рабочих дней.

2. Финансовое обеспечение проведения осмотров врачами и диагностических исследований в целях медицинского освидетельствования лиц, желающих усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей, оставшихся без попечения родителей, в части видов медицинской помощи и по заболеваниям, входящим в базовую программу обязательного медицинского страхования, застрахованным лицам осуществляется за средств обязательного медицинского страхования, в части видов медицинской помощи и по заболеваниям, не входящим в базовую программу обязательного медицинского страхования, – за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

Проведение обязательных диагностических исследований и оказание медицинской помощи по поводу заболеваний и состояний, включенных в перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно в рамках территориальной программы государственных гарантий, при постановке граждан на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные профессиональные организации или военные образовательные организации высшего образования, заключении договора об обучении на военной кафедре при федеральной государственной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки офицеров запаса, программе военной подготовки сержантов, старшин запаса либо программе военной подготовки солдат, матросов запаса, призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов (в части видов медицинской помощи и по заболеваниям, не входящим в базовую программу обязательного медицинского страхования) и средств обязательного медицинского страхования (в части видов медицинской помощи и по заболеваниям, входящим в базовую программу обязательного медицинского страхования).

При проведении обязательных диагностических исследований, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, учитываются результаты таких исследований, проведенных застрахованным лицам в рамках диспансеризации и профилактических медицинских осмотров.

За счет средств обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение медицинской помощи в случае выявления заболевания, включенного в базовую программу обязательного медицинского страхования, в рамках проведения обязательных диагностических исследований при постановке граждан на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные профессиональные организации или военные образовательные организации высшего образования, заключении договора об обучении на военной кафедре при федеральной государственной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки офицеров запаса, программе военной подготовки сержантов, старшин запаса либо программе военной подготовки солдат, матросов запаса,

призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу.

Финансовое обеспечение медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной службе осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации и не включено в средние нормативы, установленные Программой.

3. При формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий и определении объема финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования следует учитывать объемы медицинской помощи, оказываемой населению закрытых административно-территориальных образований, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в соответствующий перечень, а также работникам организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда.

4. Субъектами Российской Федерации на основе перераспределения объемов медицинской помощи по видам, условиям и формам ее оказания устанавливаются дифференцированные нормативы объема медицинской помощи на 1 жителя и нормативы объема медицинской помощи на 1 застрахованное лицо с учетом этапов оказания медицинской помощи, уровня и структуры заболеваемости, особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, а также климатических и географических особенностей регионов.

Дифференцированные нормативы объема медицинской помощи на 1 застрахованное лицо в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования устанавливаются для каждого этапа (уровня) оказания медицинской помощи на основе распределения объема медицинской помощи для медицинских организаций первого, второго и третьего уровней системы организации медицинской помощи в субъекте Российской Федерации.

Для определения объема медицинской помощи на 1 жителя по условиям ее оказания в рамках территориальной программы государственных гарантий, а также нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, средние нормативы объема медицинской помощи, установленные Программой, корректируются с помощью поправочных коэффициентов, учитывающих в том числе особенности возрастного состава населения субъекта Российской Федерации.

При обосновании размера средних нормативов объема медицинской помощи на 1 жителя (застрахованное лицо), установленных Программой, принято следующее соотношение детей (в возрасте от нуля до семнадцати лет включительно) и взрослых: 19,5 % (коэффициент 0,195) и 80,5 % (коэффициент 0,805) соответственно.

Поправочные коэффициенты рассчитываются путем деления удельного веса (в % или долях единицы) численности детей и взрослых в структуре населения территории на соответствующие показатели по Российской Федерации.

Например, если в структуре населения субъекта Российской Федерации дети составляют 18 % и взрослые – 82 %, то поправочные коэффициенты составят: 0,923 для детского ($18/19,5 = 0,923$) и 1,019 для взрослого населения ($82/80,5 = 1,019$).

В целях обеспечения единого подхода к планированию и оплате медицинской помощи в стационарных условиях используется единица объема – случай госпитализации (законченный случай лечения в стационарных условиях), применяемая при оплате медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и при осуществлении межтерриториальных расчетов. В приложении 4 к настоящим разъяснениям указаны рекомендуемые показатели числа случаев госпитализации, средней длительности пребывания одного пациента в медицинской организации в стационарных условиях (дней) и числа койко-дней (круглосуточного пребывания) на 1 жителя (застрахованного).

Пример расчета скорректированного с учетом поправочных коэффициентов числа случаев госпитализации представлен в таблице 1. Скорректированное число случаев госпитализации определяется как отношение скорректированного числа койко-дней к средней длительности пребывания одного пациента в медицинской организации в стационарных условиях.

Таблица 1

Пример коррекции объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях по профилю «кардиология», в субъекте Российской Федерации

Показатель	Рекомендуемое число койко-дней на 1000 жителей		
	в том числе для:		Всего
	взрослых	детей	
Рекомендуемое число койко-дней	110,2	4,8	115,0
Поправочный коэффициент	1,019	0,923	-
Скорректированное число койко-дней	112,3	4,4	116,7

Скорректированное число случаев госпитализации по профилю «кардиология» = $116,7/10,8 = 10,8$ случая госпитализации на 1000 жителей.

Поправочные коэффициенты могут применяться также к показателям числа случаев госпитализации для взрослых и детей, сложившимся в субъекте Российской Федерации.

Корректировка объема медицинской помощи проводится также с учетом заболеваемости населения субъекта Российской Федерации с использованием как отчетных данных, так и результатов специальных исследований. По данным медицинской статистики за предыдущий год анализируются состав

пациентов, получивших медицинскую помощь в стационарных условиях, и число проведенных ими койко-дней в разрезе профилей медицинской помощи. В результате определяется объем медицинской помощи в стационарных условиях по профилям медицинской помощи в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи» (зарегистрирован Минюстом России 4 июня 2012 г., № 24440).

Объем медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в расчете на 1 жителя, а также норматив объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях в расчете на 1 застрахованное лицо корректируются по каждому профилю медицинской помощи, затем путем суммирования определяются объем медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в расчете на 1 жителя и норматив объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях в расчете на 1 застрахованное лицо.

Установленные территориальной программой государственных гарантий объем медицинской помощи в стационарных условиях в расчете на 1 жителя и норматив объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях в расчете на 1 застрахованное лицо могут быть обоснованно более высокими, чем соответствующие средние нормативы объема медицинской помощи, установленные Программой, с учетом уровня заболеваемости населения, демографических особенностей населения региона, климатических и географических особенностей региона, уровня транспортной доступности медицинских организаций, уровня развития транспортных путей постоянного действия, плотности населения в субъекте Российской Федерации и других факторов.

Выполнение объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, следует осуществлять за счет более эффективного и рационального использования коечного фонда (перепрофилизации и реструктуризации коечного фонда, оптимизации показателей работы койки и др.) в целях обеспечения ее доступности, а не за счет необоснованного сокращения коек, в том числе развернутых на базе сельских участковых больниц.

Для определения общего количества случаев госпитализации для населения субъекта Российской Федерации по видам медицинской помощи, не входящим в территориальную программу обязательного медицинского страхования, необходимо величину объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях за счет средств соответствующих бюджетов, в расчете на 1 жителя (количество случаев госпитализации на 1 жителя) умножить на численность населения субъекта Российской Федерации по прогнозу Росстата на 1 января соответствующего года.

Для определения общего количества случаев госпитализации по территориальной программе обязательного медицинского страхования необходимо величину норматива объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях в расчете на 1 застрахованное лицо (количество

случаев госпитализации на 1 застрахованное лицо) умножить на численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации по состоянию на 1 апреля предыдущего года.

В субъекте Российской Федерации может применяться более детальная группировка населения (застрахованных лиц) по возрастным группам.

Аналогично проводятся расчеты объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, в расчете на 1 жителя (на 1 застрахованное лицо) (приложения 5 и 6 к настоящим разъяснениям).

В части медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет бюджетов субъектов Российской Федерации, с учетом более низкого, по сравнению со среднероссийским уровнем заболеваемости и смертности населения от социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, а также климатогеографических особенностей регионов могут применяться понижающие коэффициенты к средним нормативам объема медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров, установленным Программой, для Белгородской области, Костромской области, Московской области, Орловской области, Тамбовской области, г. Москвы, Вологодской области, Ленинградской области, Мурманской области, Краснодарского края, Республики Дагестан, Республики Ингушетия, Карачаево-Черкесской Республики, Республики Северная Осетия – Алания, Чеченской Республики, Ставропольского края в размере 0,7; Владимирской области, Ивановской области, Калужской области, Липецкой области, Рязанской области, Республики Карелия, Архангельской области, Республики Адыгея, Волгоградской области, Республики Татарстан, Кировской области, Нижегородской области, Пензенской области, Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, Ямало-Ненецкого автономного округа в размере 0,8; Брянской области, Воронежской области, Курской области, Смоленской области, Тверской области, Тульской области, Ярославской области, Республики Коми, Калининградской области, Новгородской области, Псковской области, г. Санкт-Петербурга, Республики Калмыкия, Астраханской области, Ростовской области, Кабардино-Балкарской Республики, Республики Башкортостан, Республики Мордовия, Чувашской Республики, Самарской области, Ульяновской области, Курганской области, Тюменской области, Республики Бурятия в размере 0,9.

В части медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, субъекту Российской Федерации рекомендуется устанавливать дифференцированные нормативы объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо по видам, формам и условиям оказания медицинской помощи с учетом указанных факторов (на основе распределения объема медицинской помощи для медицинских организаций первого, второго и третьего уровней системы

организации медицинской помощи в субъекте Российской Федерации) в рамках подушевого норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Дифференцированные нормативы объема медицинской помощи устанавливаются для каждого этапа (уровня) оказания медицинской помощи в расчете на 1 жителя (1 застрахованное лицо) субъекта Российской Федерации.

Средние нормативы объема скорой медицинской помощи на 1 застрахованное лицо, установленные Программой, корректируются с учетом транспортной доступности медицинских организаций, уровня развития транспортных путей постоянного действия, плотности населения в субъекте Российской Федерации, демографических особенностей населения региона и других факторов.

С учетом особенностей регионов рекомендуется использование дифференцированных объемов скорой медицинской помощи, рассчитанных на 1 застрахованное лицо в год, для Пермского края, республик Карелия, Коми, Бурятия, Саха (Якутия), Еврейской автономной области, Амурской, Томской, Мурманской, Тюменской областей – в среднем 0,330 вызова; для Красноярского, Камчатского, Хабаровского, Забайкальского краев, Архангельской, Сахалинской, Иркутской, Магаданской областей, Чукотского автономного округа – в среднем 0,360 вызова.

При установлении дифференцированных нормативов объема медицинской помощи субъектом Российской Федерации предусматривается осуществление структурных преобразований системы оказания медицинской помощи (развитие медицинской помощи в неотложной форме, медицинской реабилитации, стационарозамещающих технологий, паллиативной медицинской помощи и т.д.) с учетом параметров, предусмотренных Программой и государственной программой «Развитие здравоохранения».

В целях обеспечения доступности медицинской помощи гражданам, проживающим в малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктах, а также в сельской местности в составе дифференцированных нормативов объема медицинской помощи территориальными программами могут устанавливаться объемы медицинской помощи с учетом использования санитарной авиации, телемедицины и передвижных форм предоставления медицинских услуг.

При установлении объема медицинской помощи, оказываемой врачами-педиатрами участковыми, врачами-терапевтами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами), следует учитывать дифференциацию потребления медицинской помощи прикрепленного населения в зависимости от пола, возраста, уровня общей заболеваемости, а также климатических и географических особенностей региона, транспортной доступности медицинских организаций и плотности населения в субъекте Российской Федерации.

5. Установленные Программой средние подушевые нормативы финансирования определены исходя из средних нормативов объема медицинской помощи в расчете на 1 жителя (застрахованное лицо) и средних нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по условиям оказания медицинской помощи без учета влияния коэффициентов дифференциации, рассчитанных в соответствии с методикой распределения субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462 (далее – коэффициенты дифференциации).

6. Для определения стоимости единиц объема медицинской помощи по видам медицинской помощи, не входящим в территориальную программу обязательного медицинского страхования, а также нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования необходимо провести коррекцию путем умножения величины соответствующих средних нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по условиям ее оказания за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации и средств обязательного медицинского страхования, установленных Программой, на величину коэффициента дифференциации.

Субъектами Российской Федерации, в которых используется способ оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров, на основе клинко-профильных групп заболеваний, применяются коэффициенты относительной затратоемкости по профилям медицинской помощи, входящим в базовую программу обязательного медицинского страхования, в соответствии с рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации по способам оплаты медицинской помощи.

Коэффициенты относительной затратоемкости по профилям медицинской помощи, не входящим в базовую программу обязательного медицинского страхования, устанавливаются субъектом Российской Федерации самостоятельно.

Для определения стоимости единиц объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рекомендуется использовать поправочные коэффициенты по основным специальностям, представленные в приложении 7 к настоящим разъяснениям.

7. Размер бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов на реализацию территориальной программы государственных гарантий определяется исходя из величины среднего подушевого норматива финансирования за счет средств соответствующих бюджетов, установленного

Программой, на 2015 год – 3 338,4 руб., на 2016 год – 3 488,6 руб., на 2017 год – 3 638,4 руб.), коэффициента дифференциации и численности населения субъекта Российской Федерации по прогнозу Росстата на 1 января соответствующего года.

В соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании расходы государственных и муниципальных медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в части капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения, приобретения основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше 100 тысяч рублей за единицу и иные расходы осуществляются за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

Кроме того, за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов осуществляются расходы государственных и муниципальных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь при заболеваниях и состояниях, не входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования, в части текущего финансирования деятельности, капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения, приобретения основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь), а также иные расходы. При этом расходы на проведение капитального ремонта и подготовку проектно-сметной документации для его проведения, а также расходы инвестиционного характера не входят в средний подушевой норматив финансирования за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, установленный Программой.

При формировании территориальной программы государственных гарантий размер дефицита ее финансового обеспечения за счет средств соответствующих бюджетов рекомендуется определять как разность потребности в финансовом обеспечении территориальной программы государственных гарантий за счет средств соответствующих бюджетов и утвержденной субъектом Российской Федерации стоимости территориальной программы государственных гарантий за счет средств соответствующих бюджетов, включая межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта Российской Федерации в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Потребность определяется как произведение среднего подушевого норматива финансирования за счет средств соответствующих бюджетов, установленного Программой, на величину коэффициента дифференциации и численность населения субъекта Российской Федерации по прогнозу Росстата на 1 января соответствующего года.

Аналогично определяется размер дефицита финансового обеспечения территориальной программы государственных гарантий за счет средств соответствующих бюджетов по итогам ее реализации за год.

8. Объем медицинской помощи в амбулаторных условиях (число посещений с профилактическими и иными целями на 2015 год: 2,3 посещения на 1 застрахованное лицо за счет средств обязательного медицинского страхования и 0,6 посещения на 1 жителя за счет средств соответствующих бюджетов) включает:

- а) посещения с профилактической целью, в том числе:
 - центров здоровья (комплексный медицинский осмотр);
 - в связи с диспансеризацией определенных групп населения;
 - в связи с профилактическими медицинскими осмотрами в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации,
 - в связи с патронажем;
- б) посещения с иными целями, в том числе:
 - в связи с оказанием паллиативной медицинской помощи;
 - в связи с другими обстоятельствами (получением справки, других медицинских документов);
 - медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;
- в) разовые посещения связи с заболеванием.

Средний норматив объема медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме за счет средств обязательного медицинского страхования, на 2015 год составляет 0,5 посещения в неотложной форме на 1 застрахованное лицо.

В рамках первичной медико-санитарной помощи осуществляются диспансеризация и профилактические медицинские осмотры отдельных категорий граждан в соответствии с порядками, установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Оплата диспансеризации и профилактических медицинских осмотров осуществляется по законченному случаю с учетом этапов проведения (комплексное посещение). При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования оплата диспансеризации выделяется из подушевого норматива.

Рекомендуемое число посещений с профилактической целью по специальностям представлено в приложении 5 к настоящим разъяснениям.

Обращение по поводу заболевания – это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания.

В целом по территориальной программе государственных гарантий кратность посещений по поводу одного заболевания составляет от 2,6 до 3,2 посещения.

Медицинские организации ведут отдельный учет посещений с профилактической целью (посещение центра здоровья, в связи с диспансеризацией определенных групп населения, профилактическим осмотром, патронажем), посещений с иными целями, посещений в связи с

заболеваниями, посещений в неотложной форме, а также обращений в связи с заболеваниями.

Учет посещений и обращений осуществляется на основе учетной формы № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утверждаемой Минздравом России.

9. Для медицинских организаций, в составе которых на функциональной основе созданы центры здоровья, единицей объема первичной медико-санитарной помощи является посещение:

а) впервые обратившихся граждан в отчетном году для проведения комплексного обследования;

б) обратившихся граждан для динамического наблюдения в соответствии с рекомендациями врача центра здоровья, а также граждан, направленных медицинской организацией по месту прикрепления; медицинскими работниками образовательных организаций.

Медицинские организации, в которых созданы центры здоровья, участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в части оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи в этих структурных подразделениях.

Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной в центрах здоровья, в том числе являющихся структурными подразделениями врачебно-физкультурных диспансеров, центров охраны здоровья семьи и репродукции, центров охраны репродуктивного здоровья подростков и центров медицинской профилактики, осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования на основе реестров счетов, заполненных в соответствии с Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (далее – МКБ-10) по классу XXI «Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения» (Z00- Z99). При этом объемы оказанной первичной медико-санитарной помощи подлежат учету, контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (медико-экономическому контролю, медико-экономической экспертизе, экспертизе качества медицинской помощи) и оплате в соответствии с тарифами и способами оплаты данного вида медицинской помощи, принятыми в рамках тарифного соглашения, действующего на территории субъекта Российской Федерации.

Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной в центрах здоровья гражданам, не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

10. В рамках территориальной программы государственных гарантий финансовое обеспечение оказания гражданам скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи осуществляется за счет:

а) средств обязательного медицинского страхования;

б) бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов (в части медицинской помощи, не включенной в территориальные программы обязательного медицинского страхования, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в территориальных программах обязательного медицинского страхования).

За счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов осуществляется финансовое обеспечение скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, не застрахованным и не идентифицированным в системе обязательного медицинского страхования лицам, а также специализированной санитарно-авиационной скорой медицинской помощи.

В рамках подушевого норматива финансирования территориальной программы государственных гарантий за счет средств соответствующих бюджетов субъектом Российской Федерации устанавливаются объем и стоимость единицы объема скорой специализированной медицинской помощи, включая санитарно-авиационную эвакуацию, с учетом транспортной доступности, плотности населения и нуждаемости населения в санитарно-авиационной эвакуации.

11. За счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов осуществляется финансовое обеспечение медицинской помощи в экстренной форме, оказанной:

не застрахованным и не идентифицированным в системе обязательного медицинского страхования гражданам при заболеваниях и состояниях, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования, медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, включенными в перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

гражданам при заболеваниях и состояниях, не входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования (в рамках государственных (муниципальных) заданий).

12. Финансовое обеспечение оказания паллиативной медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях (включая больницы сестринского ухода) осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

13. За счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов осуществляется оказание медицинской помощи и предоставление иных государственных и муниципальных услуг (работ), в соответствии с разделом V Программы, в лепрозориях и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, центрах профилактики и борьбы со СПИДом, врачебно-физкультурных диспансерах, центрах охраны здоровья семьи и репродукции, медико-генетических центрах (консультациях), центрах охраны

репродуктивного здоровья подростков, центрах медицинской профилактики (за исключением первичной медико-санитарной помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования), центрах профессиональной патологии, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомических бюро, медицинских информационно-аналитических центрах, бюро медицинской статистики, в центрах крови, на станциях переливания крови, в домах ребенка, включая специализированные, молочных кухнях и прочих медицинских организациях, входящих в номенклатуру медицинских организаций, утверждаемую Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Расходы на проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка у беременных женщин, неонатального скрининга на 5 наследственных и врожденных заболеваний и аудиологического скрининга учтены в размере среднего подушевого норматива финансирования за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации.

14. При оказании медицинской помощи лицам, проживающим в других субъектах Российской Федерации, по видам и условиям, не включенным в территориальную программу обязательного медицинского страхования, субъекты Российской Федерации вправе осуществлять взаимные расчеты в рамках межбюджетных отношений на основании заключенных соглашений.

15. Для выполнения объема медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий необходимо обосновать потребность в кадровых и материальных ресурсах. Методика планирования ресурсов, необходимых для бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий, представлена в приложении 8 к настоящим разъяснениям и может быть рекомендована для обоснования и установления целевых показателей обеспеченности населения ресурсами (медицинскими кадрами и больничными койками).

16. Территориальной программой государственных гарантий в соответствии Программой устанавливаются критерии доступности и качества медицинской помощи, на основе которых проводится комплексная оценка уровня и динамики показателей.

Следует учитывать, что показатели доступности и качества медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий могут быть расширены, по сравнению с установленными Программой.

Мониторинг целевых значений критериев доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы государственных гарантий, осуществляется органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения.

Целевые значения индикаторов, утвержденные региональной программой развития здравоохранения и «дорожной картой» субъекта Российской Федерации, должны соответствовать целевым значениям

критериев доступности и качества медицинской помощи, установленным территориальной программой.

Целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, могут использоваться при установлении территориальным фондом обязательного медицинского страхования целевых значений доступности и качества медицинской помощи для выплат стимулирующего характера из средств нормированного страхового запаса медицинским организациям.

17. В рамках территориальной программы государственных гарантий субъекты Российской Федерации устанавливают порядок и размеры возмещения расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме, в том числе медицинским организациями, не участвующими в реализации территориальной программы государственных гарантий.

18. Оценку эффективности деятельности медицинских организаций на основе выполнения функции врачебной должности, показателей рационального и целевого использования коечного фонда рекомендуется осуществлять по методике, представленной в приложении 9 к настоящим разъяснениям.

19. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, территориальные фонды обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации обязаны информировать граждан о видах и объеме медицинской помощи, перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, отдельных медицинских технологиях, предоставляемых гражданам бесплатно в рамках территориальной программы государственных гарантий, а также об установленных территориальной программой государственных гарантий порядке, условиях и критериях доступности и качества медицинской помощи.

20. Разграничение оказания бесплатной медицинской помощи гражданам и платных медицинских услуг (работ) осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» и обеспечивается в том числе соблюдением установленных территориальной программой государственных гарантий сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановой форме.

21. Органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации рекомендуется обеспечить широкое обсуждение с гражданами вопросов

планируемой оптимизации сети медицинских организаций и их реструктуризации.

22. Министерством здравоохранения Российской Федерации совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования осуществляется мониторинг формирования и экономического обоснования территориальных программ. Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации учитывает рекомендации по результатам мониторинга при формировании и экономическом обосновании территориальной программы на очередной год и на плановый период.

Формирование территориальной программы обязательного медицинского страхования

1. Для определения стоимости территориальной программы обязательного медицинского страхования необходимо величину среднего подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного Программой (на 2015 год – 8 260,7 руб., на 2016 год – 8 727,2 руб., на 2017 год – 9 741,2 руб.), умножить на коэффициент дифференциации и на численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации по состоянию на 1 апреля предыдущего года.

Стоимость утвержденной территориальной программы обязательного медицинского страхования не может превышать размер бюджетных ассигнований на реализацию территориальной программы обязательного медицинского страхования, установленный законом субъекта Российской Федерации о бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Стоимость территориальной программы обязательного медицинского страхования не включает средства, возмещенные территориальному фонду обязательного медицинского страхования по месту оказания медицинской помощи за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам иных субъектов Российской Федерации, в которых выдан полис обязательного медицинского страхования.

В целях организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации средний подушевой норматив финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный Программой, включает расходы на организацию осуществления полномочий Российской Федерации, переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации.

Средства на административно-управленческие расходы системы обязательного медицинского страхования планируются как сумма расходов на ведение дела страховых медицинских организаций и расходов на обеспечение выполнения территориальными фондами обязательного медицинского страхования своих функций, предусмотренных законом о бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования.

При установлении в территориальной программе обязательного медицинского страхования дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, подушевой норматив финансирования устанавливается отдельно от подушевого норматива финансирования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования и указывается в текстовой части территориальной программы.

Для определения общего количества случаев госпитализации по территориальной программе обязательного медицинского страхования необходимо величину норматива объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях в расчете на 1 застрахованное лицо (количество случаев госпитализации на 1 застрахованное лицо), установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования, умножить на численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации по состоянию на 1 апреля предыдущего года.

Аналогично проводятся расчеты нормативов объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, в расчете на 1 застрахованное лицо.

Средний подушевой норматив финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный Программой, включает:

- расходы на оказание медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;

- расходы на ведение дела в сфере обязательного медицинского страхования;

- расходы на внедрение стандартов медицинской помощи;

- финансовое обеспечение мероприятий по диспансеризации определенных групп населения, диспансерному наблюдению, профилактическим медицинским осмотрам в соответствии с порядками, установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации;

- расходы на финансовое обеспечение осуществления денежных выплат:

- врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

- медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

- врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за

оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера в части расходов на заработную плату включается в тарифы на оплату медицинской помощи, установленные тарифным соглашением в субъекте Российской Федерации.

Объем медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств обязательного медицинского страхования, и соответствующие ему финансовые средства отражаются в приложении 2 к настоящим разъяснениям (раздел III).

Включенные в территориальную программу обязательного медицинского страхования дополнительно к базовой программе обязательного медицинского страхования виды медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи и связанное с ними страховое обеспечение указываются отдельно от установленных базовой программой обязательного медицинского страхования.

2. Программа включает в качестве приложения к ней перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень).

Перечень включает два раздела:

раздел I – перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования;

раздел II – перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств, предоставляемых федеральному бюджету из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в виде иных межбюджетных трансфертов в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год и на плановый период.

Финансовое обеспечение оказания высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленным Программой.

Величина норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи корректируется с учетом величины

коэффициента дифференциации, применяемого в соответствующем субъекте Российской Федерации, по формуле, указанной в приложении 10 к настоящим разъяснениям.

При установлении субъектами Российской Федерации средней стоимости единиц объема высокотехнологичной медицинской помощи по группам видов (методов) по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования (раздел II), финансовое обеспечение которых осуществляется за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации и субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходов, возникающих при оказании высокотехнологичной медицинской помощи подведомственными медицинскими организациями, субъекты Российской Федерации могут дифференцировать установленные Программой средние нормативы финансовых затрат на единицу объема высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования (раздел II), с учетом особенностей организации и оказания высокотехнологичной медицинской помощи в субъекте Российской Федерации, в том числе набора оказываемых видов и методов, оснащения медицинских организаций, наличия медицинского оборудования, квалификации медицинского персонала и других факторов.

3. Формирование территориальных программ обязательного медицинского страхования осуществляется создаваемой в субъекте Российской Федерации комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия), осуществляющей свою деятельность в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 г. № 158н (зарегистрирован Минюстом России 3 марта 2011 г., № 19998) (далее – Правила). Предоставление информации членами Комиссии определяется ее решением. При формировании проекта территориальной программы обязательного медицинского страхования Комиссией определяются:

виды медицинской помощи, перечень заболеваний и состояний, расчетные нормативы объемов медицинской помощи с учетом потребности застрахованных лиц субъекта Российской Федерации в медицинской помощи;

расчетные нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, расчетные подушевые нормативы финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования с учетом размера бюджетных ассигнований на реализацию территориальной программы обязательного медицинского страхования, установленного законом о бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования по источникам ее формирования;

условия оказания медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, структура тарифов, целевые значения критериев доступности и

качества медицинской помощи, устанавливаемые территориальной программой государственных гарантий.

Объемы медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы определяются в расчете на 1 застрахованное лицо в год на основе средних нормативов, установленных Программой, и скорректированных с учетом особенностей половозрастного состава, уровня и структуры заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, климатогеографических условий региона, транспортной доступности медицинских организаций и расселения на территории субъекта Российской Федерации.

Объемы предоставления медицинской помощи, установленные по территориальной программе обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, в котором застрахованным лицам выдан полис обязательного медицинского страхования, включают в себя объемы предоставления им медицинской помощи за пределами территории этого субъекта Российской Федерации.

При установлении территориальной программой обязательного медицинского страхования перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования территориальная программа обязательного медицинского страхования должна включать в себя также значения нормативов объема медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо и финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, выделив отдельно указанные нормативы в рамках базовой программы и сверх базовой программы в текстовой части программы, а также в табличной форме в приложении к ней.

4. Органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения и территориальными фондами обязательного медицинского страхования для подготовки проекта территориальной программы обязательного медицинского страхования в рамках деятельности Комиссии осуществляется расчет территориальных нормативов объемов медицинской помощи и соответствующих финансовых показателей на основе анализа статистических форм, данных персонифицированного учета медицинской помощи, программ развития здравоохранения, сведений, поступивших от включенных в реестр медицинских организаций и включенных в реестр страховых медицинских организаций, медицинских профессиональных некоммерческих организаций, созданных в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), включенными в состав Комиссии.

5. Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования,

распределяются решением Комиссии между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями.

При распределении объемов медицинской помощи учитываются:

- сведения органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения о видах медицинской помощи, мощности вошедших в реестр медицинских организаций, профилях медицинской помощи, врачебных специальностях;

- сведения страховых медицинских организаций о числе застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц, потребности застрахованных лиц в медицинской помощи и финансовых средствах для ее оплаты;

- сведения медицинских организаций, представленные при подаче уведомления об участии в сфере, обязательного медицинского страхования включающие:

- а) показатели (в том числе коечную мощность, объемы медицинской деятельности и другие), установленные решением Комиссии, подтверждающие возможность медицинской организации по выполнению объемов медицинской помощи в разрезе видов, профилей отделений (коек), врачебных специальностей в соответствии с правом на их осуществление;

- б) данные о половозрастном составе и численности застрахованных лицах, прикрепившихся для амбулаторно-поликлинического обслуживания;

- в) показатели, подтверждающие возможность медицинских организаций оказать диагностические услуги, – для медицинских организаций, оказывающих только отдельные диагностические услуги в соответствии с правом на их осуществление;

- г) показатели, установленные решением Комиссии, подтверждающие возможность медицинских организаций дополнительно оказывать отдельные диагностические услуги, – для медицинских организаций, оказывающих в рамках основной деятельности дополнительно отдельные диагностические услуги в соответствии с правом на их осуществление.

Распределение объемов медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями осуществляется на основе:

- а) численности и половозрастной структуры застрахованных конкретной страховой медицинской организацией лиц;

- б) показателей объемов медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, в разрезе видов медицинской помощи, условий ее предоставления, профилей отделений (коек), врачебных специальностей с учетом особенностей климатогеографических условий региона, транспортной доступности медицинских организаций и плотности населения субъекта Российской Федерации.

При этом учитывается фактическое (за предыдущий период) и расчетное потребление медицинской помощи застрахованными лицами по полу и возрасту.

Объемы медицинской помощи устанавливаются страховым медицинским организациям решением Комиссии на год с поквартальной разбивкой, с последующей корректировкой при необходимости и обоснованности.

Распределение утвержденных территориальной программой обязательного медицинского страхования объемов медицинской помощи медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях и имеющим прикрепленных лиц, получивших полис обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, осуществляется исходя из их численности и половозрастной структуры, нормативов объема медицинской помощи на 1 застрахованное лицо в год, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, с учетом климатогеографических условий региона, транспортной доступности медицинских организаций и расселения прикрепленного населения.

Медицинские организации в сроки, установленные Комиссией, представляют в страховые медицинские организации сведения о численности застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, список прикрепившихся для получения медицинской помощи в амбулаторных условиях застрахованных лиц для заключения договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – договор) и последующее изменение списка на основе акта сверки численности. Одновременно указанные сведения представляются медицинскими организациями в территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

Объемы медицинской помощи на застрахованных лиц, прикрепившихся к медицинской организации для получения медицинской помощи в амбулаторных условиях, получивших полис обязательного медицинского страхования в другом субъекте Российской Федерации, и соответствующие им финансовые средства учитываются территориальным фондом обязательного медицинского страхования отдельно и используются при формировании нормированного страхового запаса.

Медицинским организациям, не имеющим застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, объемы медицинской помощи распределяются исходя из показателей объемов медицинской помощи на 1 застрахованное лицо в год, утвержденных территориальной программой обязательного медицинского страхования, с учетом мощности медицинской организации, профилей медицинской помощи, врачебных специальностей, видов медицинской помощи, условий ее оказания.

Медицинским организациям, оказывающим только диагностические услуги в соответствии с правом на их осуществление и которым не может быть определен объем медицинской помощи в показателях, установленных Программой, распределение объема диагностических услуг осуществляется исходя из потребности включенных в реестр медицинских организаций по выполнению стандартов медицинской помощи и порядков ее оказания в случае

отсутствия у медицинских организаций данных диагностических услуг или их недостаточности.

Медицинским организациям, подведомственным федеральным органам исполнительной власти, объем специализированной медицинской помощи устанавливается с учетом возможностей медицинских организаций по оказанию медицинской помощи, их мощности, не допуская снижения доступности медицинской помощи для населения субъекта Российской Федерации по сравнению с предыдущим годом, и корректируется с учетом выпадающих объемов медицинской помощи, финансируемых ранее за счет средств федерального бюджета и средств нормированного запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2014 году.

При установлении тарифов необходимо учитывать уровень оказания медицинской помощи с применением соответствующих коэффициентов стоимости, а также уровень оснащенности и технологических возможностей медицинских организаций.

6. Финансовые средства для обеспечения объемов медицинской помощи гражданам, не идентифицированным в системе обязательного медицинского страхования, а также не застрахованным в системе обязательного медицинского страхования при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, входящих в базовую программу), отражаются в приложении 2 к настоящим разъяснениям (раздел I пункт 3).

7. Медицинская помощь по видам, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказывается застрахованным лицам на территории Российской Федерации, в том числе за пределами субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам медицинскими организациями, находящимися вне территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, осуществляется по видам, включенным в базовую программу, по способам оплаты и тарифам, действующим на территории оказания медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи осуществляется по способам оплаты, установленным территориальной программой государственных гарантий, и тарифам на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, принятым тарифным соглашением.

8. Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются в субъекте Российской Федерации тарифным соглашением. Формирование тарифов на оплату медицинской помощи, включая их структуру, осуществляется Комиссией в соответствии с законодательством Российской Федерации и

исходя из установленных Программой средних нормативов. Решением Комиссии является заключенное тарифное соглашение.

Медицинским организациям, оказывающим только диагностические и (или) консультативные услуги, а также медицинским организациям, оказывающим в рамках основной деятельности дополнительно отдельные диагностические услуги, могут устанавливаться тарифы за услугу и (или) консультацию.

В целях предоставления медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи медицинские организации вправе учитывать в тарифах на оплату медицинской помощи средства на оплату диагностических и (или) консультативных услуг по гражданско-правовым договорам.

Тарифы на оплату медицинской помощи формируются в соответствии с методикой, установленной Правилами, на основе стандартов медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и являются едиными для медицинских организаций независимо от организационно-правовой формы, оказавших медицинскую помощь при конкретном заболевании или состоянии в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

9. В территориальной программе обязательного медицинского страхования устанавливаются способы оплаты медицинской помощи, установленные Программой.

Субъектам Российской Федерации рекомендуется применять эффективные способы оплаты медицинской помощи, ориентированные на результат деятельности медицинских организаций (за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистические группы заболеваний), по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи и другие).

10. За счет средств обязательного медицинского страхования оплачивается первичная медико-санитарная помощь, оказанная в том числе:

- медицинскими работниками со средним медицинским образованием, ведущими самостоятельный прием;
- врачами и медицинскими работниками со средним медицинским образованием в медицинских кабинетах и здравпунктах образовательных учреждений.

11. Расходы на вспомогательные репродуктивные технологии (экстракорпоральное оплодотворение), не входящие в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств, предоставляемых федеральному бюджету из бюджета Федерального фонда обязательного

медицинского страхования в виде иных межбюджетных трансфертов в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год и на плановый период (раздел II), осуществляются за счет средств обязательного медицинского страхования.

Расходы на вспомогательные репродуктивные технологии (экстракорпоральное оплодотворение) в условиях дневного стационара учтены в стоимости медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара. Аналогично норматив объема медицинской помощи в условиях дневного стационара включает объемы на проведение экстракорпорального оплодотворения.

Количество случаев применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) и тарифы на их оплату за счет средств обязательного медицинского страхования устанавливаются в субъекте Российской Федерации решением Комиссии. Коэффициенты относительной затратоемкости на случай экстракорпорального оплодотворения в условиях дневных стационаров приведены в рекомендациях Министерства здравоохранения Российской Федерации по способам оплаты медицинской помощи.

12. В рамках территориальных программ государственных гарантий за счет средств обязательного медицинского страхования осуществляется оплата медицинской помощи в хирургических дневных стационарах, курсов химиотерапии, проводимых пациентам (взрослым и детям) с онкологическими заболеваниями на основе стандартов медицинской помощи, в том числе в условиях дневного стационара. Лекарственное обеспечение данной категории пациентов осуществляется в соответствии с законодательными и иными правовыми актами Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, в том числе за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

13. Оказание медицинской помощи при заболеваниях зубов и полости рта входит в базовую программу обязательного медицинского страхования, поскольку данные заболевания в соответствии с МКБ-10 относятся к болезням органов пищеварения.

При планировании и учете объема гарантируемой стоматологической помощи населению по территориальной программе государственных гарантий учитываются как посещения, так и условные единицы трудоемкости (далее – УЕТ).

Для оплаты стоматологической медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, единицей объема следует считать посещение, стоимость которого корректируется с учетом содержащегося в нем количества УЕТ.

Для обоснования размера тарифа на стоматологическую помощь целесообразно устанавливать перечень лекарственных препаратов, медицинских изделий, необходимых для ее оказания в рамках территориальной

программы государственных гарантий на основе стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

14. Заместительная почечная терапия методами гемодиализа и перитонеального диализа застрахованным лицам проводится в рамках специализированной медицинской помощи и оплачивается по тарифам, утвержденным в установленном порядке за счет средств обязательного медицинского страхования, в том числе в части приобретения расходных материалов, при этом проезд пациентов до места оказания медицинских услуг не включен в тариф на оплату медицинской помощи.

15. В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования за счет средств обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение медицинской реабилитации.

Программой за счет средств обязательного медицинского страхования выделен норматив объема и норматив финансовых затрат по медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация», и реабилитационных отделениях медицинских организаций.

Порядок организации медицинской реабилитации утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1705н (зарегистрирован Минюстом России 22 февраля 2013 г., № 27276), согласно которому медицинская реабилитация осуществляется в медицинских организациях, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по медицинской реабилитации.

В рамках территориальных программ государственных гарантий за счет средств обязательного медицинского страхования медицинская реабилитация может осуществляться в том числе в условиях санаторно-курортных организаций, как этап в общем процессе лечения отдельных заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи.

16. Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами) осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

Объем скорой медицинской помощи, оказываемой станциями (подстанциями) скорой медицинской помощи, структурными подразделениями медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами), по базовой программе обязательного медицинского страхования определяется исходя из среднего норматива объема скорой медицинской помощи, установленного

Программой (0,318 вызова на 1 застрахованное лицо), и численности застрахованных лиц.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь, оказываемая застрахованным лицам в амбулаторных и стационарных условиях в отделениях скорой медицинской помощи поликлиник, больниц, больниц скорой медицинской помощи, работающих в системе обязательного медицинского страхования, по заболеваниям (состояниям), входящим в базовую программу обязательного медицинского страхования, оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования и включается в объем посещений и/или случаев госпитализации по территориальной программе обязательного медицинского страхования.

При проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и других) оплата дежурств бригад скорой медицинской помощи осуществляется за счет средств, предусмотренных на организацию указанных мероприятий.

Оказание застрахованным лицам скорой медицинской помощи медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения финансируется за счет средств обязательного медицинского страхования при условии их включения в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, по тарифам на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии.

17. Медицинская помощь в экстренной форме, оказанная застрахованным лицам в амбулаторных и стационарных условиях при заболеваниях и состояниях, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования, медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения финансируется за счет средств обязательного медицинского страхования при условии их включения в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, по тарифам на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии.

18. При предоставлении в соответствии с законодательством Российской Федерации одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю права на бесплатное совместное нахождение с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях стоимость оказанной ребенку медицинской помощи включает расходы на создание условий пребывания, включая предоставление спального места и питания, и финансируется за счет средств обязательного медицинского страхования по видам медицинской помощи и заболеваниям (состояниям), включенным в территориальную программу обязательного медицинского страхования.

19. В субъекте Российской Федерации используются способы оплаты медицинской помощи, установленные тарифным соглашением, принятым в субъекте Российской Федерации в соответствии с Программой и рекомендациями Минздрава России и Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Установленные способы оплаты являются едиными для всех медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Приложение: на 17 л. в 1 экз.



В.И. Скворцова

Стоимость территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по источникам финансирования обеспечения на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов

Приложение 1

Источники финансирования территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи	№ строки	2015 год					плановый период	
		Утвержденная стоимость территориальной программы			Расчетная стоимость территориальной программы		2016 год	2017 год
		всего (млн. руб.)	на одного жителя (одно застрахованное лицо по ОМС) в год (руб.)	всего (млн. руб.)	на одного жителя (одно застрахованное лицо по ОМС) в год (руб.)	всего (млн. руб.)	Стоимость территориальной программы	Стоимость территориальной программы
		3	4	5	6	7	8	9
1	2							10
Стоимость территориальной программы государственных гарантий всего (сумма строк 02 + 03)	01							
в том числе:								
1. Средства консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации *	02							
11. Стоимость территориальной программы ОМС всего (сумма строк 04 + 08)	03							
1. Стоимость территориальной программы ОМС за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы (сумма строк 05 + 06 + 07)	04							
в том числе:								
1.1. субвенции из бюджета ФОМС	05							
1.2. межбюджетные трансферты бюджетов субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования в части базовой программы ОМС	06							
1.3. прочие поступления	07							
2. Межбюджетные трансферты бюджетов субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС, в том числе:	08							
2.1. Межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта Российской Федерации в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение дополнительных видов медицинской помощи.	09							
2.2. Межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта Российской Федерации в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования	10							

* Без учета бюджетных ассигнований федерального бюджета на ОНПС, целевые программы, а также межбюджетных трансфертов (строки 06 и 10)

**Утвержденная стоимость территориальной программы государственных гарантий
бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
по условиям ее оказания на 2015 год**

	№ строки	Единица измерения	Объем медицинской помощи в расчете на 1 жителя (норматив предоставления медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо)	Стоимость единицы объема медицинской помощи (норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи)	Подушевые нормативы финансирования территориальной программы			Стоимость территориальной программы по источникам ее финансового обеспечения		
					руб.		млн. руб.	за счет средств бюджета субъекта РФ	средства ОМС	в % к итогу
					за счет средств бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1. Медицинская помощь, предоставляемая за счет консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации в том числе *:	01		X	X		X		X		
1. скорая медицинская помощь	02	вызов				X		X		X
2. при заболеваниях, не включенных в территориальную программу ОМС:	03		X	X		X		X		X
- в амбулаторных условиях	04.1	посещение с профилактической и иными целями				X		X		X
	04.2	обращение				X		X		X
- в стационарных условиях	05	случай госпитализации				X		X		X
- в дневных стационарах	06	пациенто- день				X		X		X
3. при заболеваниях, включенных в базовую программу ОМС, гражданам Российской Федерации, не идентифицированным и не застрахованным в системе ОМС:	07		X	X		X		X		X
- скорая медицинская помощь	08	вызов				X		X		X
- в амбулаторных условиях	09	посещение				X		X		X
- в стационарных условиях	10	случай госпитализации				X		X		X
- в дневных стационарах	11	пациенто- день				X		X		X
4. паллиативная медицинская помощь	12	к/день				X		X		X
5. Иные государственные и муниципальные услуги (работы)	13		X	X		X		X		X

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. специализированная высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в медицинских организациях субъекта РФ	14	случай госпитализации	X	X		X		X	X
II. Средства консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на содержание медицинских организаций, работающих в системе ОМС**:	15		X	X		X		X	
- скорая медицинская помощь	16	вызов	X	X		X		X	X
- в амбулаторных условиях	17	посещение	X	X		X		X	X
- в стационарных условиях	18	случай госпитализации	X	X		X		X	X
- в дневных стационарах	19	пациенто-день	X	X		X		X	X
III. Медицинская помощь в рамках территориальной программы ОМС:	20		X	X	X		X		
- скорая медицинская помощь (сумма строк 27+32)	21	вызов			X		X		X
- в амбулаторных условиях	22.1	посещение с профилактической и иными целями			X		X		X
	22.2	посещение по неотложной медицинской помощи			X		X		X
	22.3	обращение			X		X		X
- в стационарных условиях (сумма строк 30 + 35), в том числе:	23	случай госпитализации			X		X		X
медицинская реабилитация в стационарных условиях (сумма строк 30.1 + 35.1)	23.1	к/день			X		X		X
высокотехнологичная медицинская помощь (сумма строк 30.2 + 35.2)	23.2	случай госпитализации			X		X		X
- в дневных стационарах (сумма строк 31 + 36)	24	пациенто-день			X		X		X
- паллиативная медицинская помощь*** (равно строке 37)	25	к/день			X		X		X
- затраты на АУП в сфере ОМС****	26		X	X	X		X		X

из строки 20	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Медицинская помощь, предоставляемая в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам	27		X	X	X		X		
- скорая медицинская помощь	28	вызов			X		X		X
- в амбулаторных условиях	29.1	посещение с профилактической и иными целями			X		X		X
	29.2	посещение по неотложной медицинской помощи			X		X		X
	29.3	обращение			X		X		X
- в стационарных условиях, в том числе медицинская реабилитация в стационарных условиях	30	случай госпитализации			X		X		X
	30.1	к/день			X		X		X
	30.2	случай госпитализации			X		X		X
- в дневных стационарах	31	пациенто-день			X		X		X
	32		X	X	X		X		
	33	вызов			X		X		X
2. Медицинская помощь по видам и заболеваниям сверх базовой программы:	34.1	посещение с профилактической и иными целями			X		X		X
	34.2	посещение по неотложной медицинской помощи			X		X		X
	34.3	обращение			X		X		X
- в амбулаторных условиях	35	случай госпитализации			X		X		X
	35.1	к/день			X		X		X
	35.2	случай госпитализации			X		X		X
- в дневных стационарах	36	пациенто-день			X		X		X
	37	к/день			X		X		X
	38		X	X					100
ИТОГО (сумма строк 01 + 15 + 20)									

* Без учета финансовых средств консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на содержание медицинских организаций, работающих в системе ОМС (затраты, не вошедшие в тариф)

** указываются средства консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на содержание медицинских организаций, работающих в системе ОМС, на расходы сверх ТПОМС

*** в случае включения паллиативной помощи в территориальную программу ОМС сверх базовой программы ОМС с соответствующими платежами субъекта РФ

**** затраты на АУП ТФОМС и СМО

Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий, в том числе территориальной программы обязательного медицинского страхования

№ п/п	Наименование медицинской организации	Осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования *
Итого медицинских организаций, участвующих в территориальной программе государственных гарантий:		
из них медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования		

* знак отличия об участии в сфере обязательного медицинского страхования (+)

**Рекомендуемые объемы специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по профилям
медицинской помощи***

Профиль медицинской помощи**	Рекомендуемое число случаев госпитализации (на 1000 жителей в год)	Используемая при расчете средняя длительность пребывания 1-ого больного в стационаре (дней)	Рекомендуемое число койко-дней (круглосуточного пребывания) на 1000 жителей		
			Всего	в том числе для взрослых	детей
Кардиология	10,6	10,8	114,5	109,7	4,8
Ревматология	1,0	13,1	13,1	12,6	0,5
Гастроэнтерология	2,9	10,8	31,3	24,6	6,7
Пульмонология	3,2	11,3	36,2	29,8	6,4
Эндокринология	2,0	11,6	23,2	14,7	8,5
Нефрология	1,2	11,5	13,8	8,7	5,1
Гематология	0,8	13,0	10,4	8,0	2,4
Аллергология и иммунология	0,5	10,1	5,1	4,4	0,6
Педиатрия	9,2	8,6	79,1		79,1
Терапия	20,3	10,1	205,0	205,0	
Неонатология	2,1	12,1	25,4		25,4
Травматология и ортопедия (травматологические койки)	7,1	11,0	78,1	69,8	8,3
Травматология и ортопедия (ортопедические койки)	0,8	12,1	9,7	7,7	2,0
Урология (детская урология-андрология)	5,0	8,9	44,5	41,3	3,2
Нейрохирургия	2,3	10,7	24,6	22,7	1,9
Хирургия (комбустиология)	0,4	13,6	5,4	4,0	1,4
Челюстно-лицевая хирургия, стоматология	1,1	7,7	8,5	6,9	1,6
Торакальная хирургия	0,4	13,3	5,3	4,9	0,4
Колонпроктология	0,8	9,9	7,9	7,4	0,5
Сердечно-сосудистая хирургия (кардиохирургические койки)	0,9	9,8	8,8	8,1	0,7
Сердечно-сосудистая хирургия (койки сосудистой хирургии)	1,1	10,4	11,4	11,1	0,3
Хирургия (трансплантация органов и (или) тканей, костного мозга, пластическая хирургия)	3,0	9,1	27,3	24,6	2,7
Онкология, радиология и радиотерапия	6,5	10,8	70,2	68,0	2,2
Акушерство и гинекология	21,6	6,3	136,1	135,3	0,8
Оториноларингология	4,1	7,6	31,2	20,8	10,4
Офтальмология	5,3	6,8	36,0	30,7	5,4
Неврология	11,9	12,1	144,0	131,6	12,4
Дерматовенерология (дерматологические койки)	1,0	12,3	12,3	10,0	2,3
Инфекционные болезни	11,9	7,1	84,5	42,3	42,2
Акушерство и гинекология (койки для беременных и рожениц)	7,3	5,6	40,9	40,9	
Акушерство и гинекология (койки патологии беременности)	4,9	7,7	37,7	37,7	
Медицинская реабилитация	2,0	16,6	33,2	26,8	6,4
Гериатрия	0,4	11,4	4,6	4,6	
Хирургия	18,4	8,9	163,8	147,4	16,4
Всего по базовой программе ОМС	172,0	9,2	1 583,1	1 322,1	261,0
в том числе для федеральных медицинских организаций третьего уровня	1,2***				
Психиатрия	6,9	60,1	414,7	391,1	23,6
Наркология, психиатрия- наркология	9,6	11,8	113,3	111,0	2,3
Фтизиатрия	2,0	79,4	158,8	143,1	15,7
Дерматовенерология (венерологические койки)	1,6	12,0	19,2	16,6	2,6
Всего за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации	21,0	34,0	714,3	669,1	45,2
Всего по медицинской помощи в стационарных условиях	193,0	11,9	2297,4		

*) включая объемы стационарной медицинской помощи, оказываемой по профилям: скорая медицинская помощь, анестезиология и реаниматология, токсикология

**) в соответствии с Приказом Минздрава России от 17 мая 2012 г. № 555н "Об утверждении коечного фонда по профилям медицинской помощи"

***) в среднем по Российской Федерации

Рекомендуемое число посещений с профилактическими и иными целями по специальностям

Специальности	Число посещений на 1 000 жителей		
	Всего	в том числе для	
		взрослых	детей
Кардиология и ревматология	19,2	16,3	2,9
Педиатрия	310,5		310,5
Терапия	218,1	218,1	
Эндокринология	25,5	24,9	0,6
Аллергология и иммунология	0,8	0,6	0,2
Неврология	28,7	25,2	3,5
Инфекционные болезни	3,5	1,7	1,8
Хирургия	65,4	33,8	31,6
Детская урология-андрология	10,2		10,2
Стоматология	134,9	63,0	71,9
Акушерство и гинекология	290,9	290,3	0,6
Оториноларингология	64,5	47,0	17,5
Офтальмология	75,3	60,8	14,5
Дерматология	72,5	63,9	8,6
Посещения центров здоровья	100	59,9	40,1
Посещения к среднему медицинскому персоналу	230		
Разовые посещения по поводу заболевания	650		
Посещения по медицинской помощи в неотложной форме	500		
Всего посещений по базовой программе ОМС	2800		
Посещения при заболеваниях, не входящих базовую программу ОМС, включая посещения с профилактической целью и по паллиативной медицинской помощи	600		
Итого	3400		

Рекомендуемые объемы медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров всех типов по специальностям

Специальности	Число пациенто-дней на 1 000 жителей		
	Всего	в том числе для	
		взрослых	детей
Кардиология и ревматология	14,1	11,4	2,7
Педиатрия	45,4		45,4
Терапия	259,0	209,8	49,2
Эндокринология	4,2	3,4	0,8
Аллергология и иммунология	1,0	0,8	0,2
Неврология	57,3	46,4	10,9
Инфекционные болезни	2,9	2,3	0,6
Хирургия	34,4	27,8	6,5
Урология	2,3	1,8	0,4
Стоматология	0,4	0,3	0,1
Акушерство и гинекология	44,0	35,7	8,4
Травматология и ортопедия	4,2	3,4	0,8
Дерматология	11,3	9,1	2,1
Ревматология	1,0	0,8	0,2
Гастроэнтерология	4,4	3,6	0,8
Пульмонология	2,9	2,3	0,5
Нефрология	13,4	10,9	2,5
Гематология	0,7	0,6	0,1
Неонатология	0,2		0,2
Офтальмология	6,3	5,1	1,2
Оториноларингология	12,4	10,0	2,4
Нейрохирургия	1,0	0,8	0,2
Колопроктология	0,2	0,1	0,0
Сердечно-сосудистая хирургия	0,8	0,7	0,2
Онкология, радиология, радиотерапия	13,8	11,2	2,6
Медицинская реабилитация	14,9	12,1	2,8
Гериатрия	1,2	1,2	
Экстракорпоральное оплодотворение	1,8	1,8	
Акушерство и гинекология (койки для беременных и рожениц)	4,5	3,7	0,9
Всего пациенто-дней по базовой программе ОМС	560,0	417,2	142,8
Психиатрия	72,0	39,7	32,3
Наркология	9,2	9,2	
Фтизиатрия	31,8	25,0	6,8
Венерология	2,0	0,9	1,1
Всего пациенто-дней за счет средств счет средств бюджета субъекта Российской Федерации	115,0	74,8	40,2
Итого	675,0	492,0	183,0

**Рекомендуемые поправочные коэффициенты стоимости обращения с
учетом кратности посещений по поводу заболеваний по основным
специальностям**

Специальности	Среднее число посещений по поводу заболеваний в одном обращении	Поправочный коэффициент кратности посещений в одном обращении	Относительный коэффициент стоимости посещения с учетом специальности*	Поправочный коэффициент стоимости обращения (гр.3 x гр.4)
1	2	3	4	5
Кардиология и ревматология	3,1	1,07	0,9740	1,04
Педиатрия	2,8	0,97	1,2900	1,25
Терапия	2,7	0,95	0,8554	0,81
Эндокринология	2,5	0,86	1,7598	1,52
Аллергология	2,6	0,90	1,6206	1,45
Неврология	2,9	1,01	1,0148	1,02
Инфекционные болезни	2,4	0,82	1,2842	1,05
Хирургия	3,0	1,04	0,9113	0,94
Урология	2,6	0,90	0,7374	0,66
Акушерство- гинекология	3,8	1,30	1,1941	1,55
Оториноларингология	4,1	1,41	0,7102	1,00
Офтальмология	3,8	1,30	0,6088	0,79
Дерматология	4,2	1,44	0,7348	1,06
Венерология	2,7	0,93	0,8962	0,83
ИТОГО:	2,9	1,00	1,00	1,00

* размер относительного коэффициента стоимости посещения по поводу заболевания применим и для посещения с профилактической целью.

1. Методика планирования ресурсов для оказания медицинской помощи в стационарных условиях

1.1. Определение абсолютного количества коек (К):

$$K = \frac{N_{к/д} \times H}{1\,000 \times Д}, \text{ где:}$$

$N_{к/д}$ – число койко-дней на 1000 жителей (утвержденный норматив по территориальной программе государственных гарантий, равен произведению уровня госпитализации на 1000 жителей на средние сроки лечения 1-го больного в стационаре);

H – численность населения;

$Д$ – среднегодовая занятость койки.

С помощью данной методики можно определить абсолютное количество коек, необходимое для реализации территориальной программы в целом, так и по профилям отделений больничных учреждений.

1.2. Определение фактической среднегодовой занятости койки (Д):

$Д = 365 \text{ дней в году} - t_r - (t_o \times F)$, где:

t_r – среднее время простоя койки на ремонт (примерно 10 – 15 дней в году), для расчета этого показателя необходимо общее число койко-дней закрытия на ремонт разделить на среднегодовое число развернутых коек;

t_o – простой койки в связи с оборотом койки, т.е. время необходимое на санацию койки после выписки и приема больного и время ожидания госпитализации (1,0 для всех профилей; кроме: фтизиатрических – 3; акушерских, – 2,5 - 3; инфекционных – 3; коек для абортот – 0,5 и т.п.);

F – плановый оборот койки (число пролеченных больных на одной койке за год).

1.3. Определение планового оборота койки (F):

$$F = \frac{365 - t_r}{T + t_o}, \text{ где}$$

T – средние сроки лечения.

Пример: расчет необходимого числа коек терапевтического профиля.

$T = 14,6$ дней; $H = 1\,000\,000$ человек; $t_r = 10,0$ дней; $t_o = 1,0$ день,

$N_{к/д} = 353,32$ койко-дня на 1000 жителей.

$$F = \frac{365 - 10}{14,6 + 1} = 23$$

$$Д = 365 - 10 - (1 \times 23) = 332 \text{ дня.}$$

$$K = \frac{353,32 \times 1\,000\,000}{1000 \times 332} = 1\,064 \text{ койки терапевтического профиля.}$$

2. Определение потребности в медицинском персонале

2.1. Медицинская помощь в стационарных условиях

Определение необходимого числа врачей и среднего медицинского персонала в больничных учреждениях рекомендуется проводить на основе показателей нагрузки на одну должность врача (среднего медицинского работника) (таблица 7.1).

Таблица 7.1

Рекомендуемое значение показателей нагрузки на одну должность врача (среднего медицинского работника) в многопрофильной больнице

Профиль медицинской помощи*	Число коек на 1 врачебную должность	Число коек на 1 пост медицинских сестер
Кардиология	15	15
Детская кардиология	15	15
Сердечно-сосудистая хирургия (кардиохирургические койки)	7	10
Сердечно-сосудистая хирургия (койки сосудистой хирургии)	12	15
Ревматология	15	15
Гастроэнтерология	15	15
Пульмонология	15	15
Эндокринология	15	15
Детская эндокринология	15	15
Нефрология	12	15
Гематология	10	10
Аллергология и иммунология	20	20
Травматология	17	20
Ортопедия	15	15
Урология	15	15
Детская урология-андрология	10	15
Нейрохирургия	12	15
Челюстно-лицевая хирургия	15	15
Стоматология детская	15	15
Торакальная хирургия	12	15
Онкология	10	15
Детская онкология	6	6
Проктология	15	15
Хирургия	12	15
Хирургия (комбустиология)	12	15
Детская хирургия	10	15
Патология беременности	12	15
Гинекология	12	15
Оториноларингология	12	15
Офтальмология	20	20
Офтальмология для детей	10	15
Неврология	15	20
Терапия	15	15
Педиатрия	15	15
Инфекционные болезни	20	10
Инфекционные болезни для детей	15	15
Неонатология	10	5
Акушерство и гинекология	15	10

Акушерское дело (койки патологии беременности)	12	15
Дерматовенерология	15	15
Фтизиатрия	20	20

*) по профилям, не указанным в таблице, рекомендуемый норматив составляет 20 коек на 1 врачебную должность

Для определения количества медицинских работников, необходимого для оказания стационарной медицинской помощи по территориальной программе следует учитывать представленные выше нормативы, а также нормативные значения средних сроков лечения 1-го больного в стационаре и установленные нормативы объема койко-дней в разрезе профильных отделений больничных учреждений, дифференцированные по уровням оказания медицинской помощи.

2.2. Медицинская помощь в амбулаторных условиях

Планирование числа врачей в амбулаторных учреждениях рекомендуется осуществлять с использованием следующей методики:

$$B = \frac{П \times Н}{Ф}, \text{ где:}$$

- В – число врачебных должностей;
 П – утвержденный норматив посещений на одного жителя в год;
 Н – численность населения;
 Ф – функция врачебной должности (плановое число посещений на 1 врачебную должность в год).

Рекомендуемый норматив времени на 1 посещение участкового терапевта, врача общей практики, участкового педиатра составляет в среднем 20 минут.

Число посещений на одного жителя в год (П) складывается из первичных и повторных посещений по поводу заболеваний, а также посещений с профилактической целью.

Методика оценки эффективности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях

Эффективность деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях, оценивается на основе:

1. критериев доступности и качества медицинской помощи, установленных разделом VII Программы,
2. показателей ресурсного обеспечения медицинской помощи.

Для оценки ресурсного обеспечения медицинской помощи рекомендуется проводить оценку функции врачебной должности, а также показателей рационального и целевого использования коечного фонда с использованием следующей методики.

- для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оценивается **коэффициент выполнения функции врачебной должности (Кв)**.

$$K_v = \frac{P_f}{P_n}, \text{ где:}$$

P_f - фактическое число посещений;

P_n - плановое, нормативное число посещений.

- для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, оценивается **коэффициент эффективного использования коечного фонда (Кэ) на основе оценки рационального и целевого использования коечного фонда**

а) Показатель рационального использования коечного фонда оценивается как обеспечение нормативных показателей занятости койки при соблюдении нормативных сроков лечения

$$K_r = O_f : O_n, \text{ где:}$$

O_f - фактический оборот койки, как отношение фактической занятости койки (U_f) к фактическим срокам лечения (B_f)

O_n - нормативный оборот койки, как нормативная занятость койки (U_n) к нормативному сроку лечения (B_n)

$$K_r = \frac{O_f}{O_n} = \frac{U_f}{B_f} : \frac{U_n}{B_n}$$

б) Коэффициент целевого использования коечного фонда отражает занятость койки для обоснованной госпитализации стационарных больных, определяется экспертным путем и не может быть более 1.

$$K_s = \frac{U_s}{U_o}, \text{ где:}$$

K_s – коэффициент целевого использования коечного фонда,

U_s – количество больных, госпитализированных при наличии обоснованных показаний для стационарного лечения, оценивается экспертами иных больничных учреждений, страховых медицинских организаций и территориального фонда обязательного медицинского страхования

U_o – общее количество госпитализированных больных

в) Коэффициент экономической эффективности использования коечного фонда ($K_{\text{э}}$) определяется как интегральный показатель, отражающий степень как рационального, так и целевого использования коечного фонда

$$K_{\text{э}} = K_r \times K_s$$

Экономический ущерб определяется по формуле:

$$Y = \Phi \times (1 - K_{\text{э}}) \text{ где:}$$

Y – экономический ущерб в рублях

Φ – сумма финансовых средств, затрачиваемых на содержание всего коечного фонда

$K_{\text{э}}$ – коэффициент экономической эффективности использования коечного фонда

При отсутствии данных о нормативах деятельности стационара принимаются значения среднегодовой занятости койки – 340 дней, средних сроков лечения – 11,4 дней и оборота койки – 29,8 больных за год.

г) Определение коэффициентов финансовых затрат поликлиники (K_p) и стационара (K_c)

Для этого сумма фактических расходов поликлиники (Φ_p) и стационара (Φ_c) сравнивается с утвержденными суммами расходов по поликлинике (Π_p) и стационару (Π_c)

$$K_p = \frac{\Phi_p}{\Pi_p}$$

$$K_c = \frac{\Phi_c}{\Pi_c}$$

Эффективной следует считать деятельность поликлиники и стационара, если K_p и K_c ниже K_v и $K_{\text{э}}$.

Примеры: $K_v = 0,85$ и $K_p = 0,8$. Поликлиника работает эффективно, поскольку при финансовом обеспечении 80% функция врачебной должности выполняется на 85%;

$K_{\text{э}} = 0,7$ и $K_c = 0,9$. Стационар работает неэффективно, поскольку при финансовом обеспечении 90% коечный фонд используется лишь на 70%.

Расчет норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего в том числе методы лечения), финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования

$$НЗ_{\Phi} = НЗ_{\text{ПГГ}} \times (K_{\text{диф}} \times d + (1 - d)), \text{ где:}$$

- $НЗ_{\Phi}$ – фактический норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего в том числе методы лечения), включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования;
- $НЗ_{\text{ПГГ}}$ – норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего в том числе методы лечения), включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, установленный Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- $K_{\text{диф}}$ – коэффициент дифференциации, рассчитываемый в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05 мая 2012 г. № 462 «О порядке

распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования»;

- д – доля норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего в том числе методы лечения), включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, установленного Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (НЗ_{ПГГ}), к которой применяется коэффициент дифференциации.

Доля норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего в том числе методы лечения), включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, установленного Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (НЗПГГ), к которой применяется коэффициент дифференциации, по соответствующим группам высокотехнологичной медицинской помощи представлена в таблице.

**Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления
медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной
медицинской помощи (содержащего в том числе методы лечения),
финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках
территориальной программы обязательного медицинского страхования
за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного
медицинского страхования бюджетам территориальных фондов
обязательного медицинского страхования**

Наименование профиля ВМП	№ группы ВМП	Норматив финансовых затрат, рублей	Доля норматива, индексируемая на коэффициент дифференциации, процентов
1	2	3	4
Абдоминальная хирургия	1	105 093	30%
	2	129 600	30%
Акушерство и гинекология	3	102 457	30%
Гастроэнтерология	4	110 719	15%
Гематология	5	119 808	30%
Дерматовенерология	6	80 713	30%
Нейрохирургия	7	130 730	30%
	8	201 736	15%
	9	130 979	15%
Неонатология	10	204 421	15%
	11	300 202	15%
Онкология	12	102 879	30%
	13	77 411	45%
	14	107 473	30%
Оториноларингология	15	50 712	45%
Офтальмология	16	40 002	30%
	17	70 090	15%
Педиатрия	18	65 974	30%
	19	103 647	30%
Ревматология	20	106 041	30%
Сердечно-сосудистая хирургия	21	168 767	15%
	22	114 065	15%
Торакальная хирургия	23	119 457	15%
	24	208 792	15%
Травматология и ортопедия	25	112 515	15%
	26	117 695	30%
	27	280 251	15%
Урология	28	67 921	30%
Челюстно-лицевая хирургия	29	98 679	30%
Эндокринология	30	154 178	15%