



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

МИНИСТР

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,
Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

23.12.2016 № 11-7/10/2-8304

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 2017 год и на плановый
период 2018 и 2019 годов

Минздрав России



2008304

23.12.16

Во исполнение пункта 2 постановления Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2016 г. № 1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 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 2017 год (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 настоящим разъяснениям.

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 – медицинские организации, имеющие в своей структуре подразделения, оказывающие населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа):

первичную медико-санитарную помощь;

и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 4 профилям, включая терапевтический, хирургический и педиатрический профиль;

и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь;

и (или) паллиативную медицинскую помощь;

второй уровень – медицинские организации, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие в том числе специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 5 и более профилям медицинской помощи и (или) населению нескольких муниципальных образований, а также специализированные больницы, больницы скорой медицинской помощи, центры, диспансеры (противотуберкулезные, психоневрологические, наркологические и иные);

третий уровень – медицинские организации, имеющие в своей структуре подразделения, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

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).

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 счет 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 с Министерством обороны Российской Федерации 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 с Министерством обороны Российской Федерации 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.

В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение медицинских осмотров несовершеннолетних, в том числе профилактических медицинских осмотров, в связи с занятиями физической культурой и спортом. При этом проведение медицинского наблюдения и контроля за состоянием здоровья лиц, занимающихся спортом и выступающих на соревнованиях в составе сборных команд, оценка уровня их физического развития, выявление состояний и заболеваний, являющихся противопоказаниями к занятиям спортом, не подлежат оплате за счет средств обязательного медицинского страхования.

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: 20,1 % (коэффициент 0,201) и 79,9 % (коэффициент 0,799) 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: 0,896 для детского ($18/20,1 = 0,896$) и 1,026 для взрослого населения ($82/79,9 = 1,026$).

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).

В соответствии с пунктами 2, 3 статьи 8 и частями 3, 4 статьи 36 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования в части дополнительных к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования объемов медицинской помощи осуществляется за счет платежей субъекта Российской Федерации, уплачиваемых в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования

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.

Скорректированное число случаев госпитализации по профилю «кардиология» = $116,9/10,8 = 10,8$ случая госпитализации на 1000 жителей.

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	109,7	4,8	114,5
Поправочный коэффициент	1,026	0,896	-
Скорректированное число койко-дней	112,6	4,3	116,9

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, в расчете на 1 жителя (на 1 застрахованное лицо) (приложение 5 к настоящим разъяснениям).

При обосновании средних нормативов объема медицинской помощи в условиях дневного стационара учитывалась средняя длительность лечения в

условиях дневного стационара за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов – 19 дней, за счет средств обязательного медицинского страхования – 8,6 дня.

Субъектам Российской Федерации следует вести отдельный учет объема медицинской помощи и средней длительности лечения в условиях дневного стационара за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и средств обязательного медицинского страхования по специальностям и/или профилям медицинской помощи, а также уровням оказания медицинской помощи.

5. Нормативы объема медицинской помощи по видам и условиям ее предоставления устанавливаются отдельно в части финансового обеспечения за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации и в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

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, установленным Программой, для Белгородской области, Ивановской области, Костромской области, Липецкой области, Орловской области, Тамбовской области, г. Москвы, Вологодской области, Калининградская область, Ленинградской области, Мурманской области, Республики Адыгея, Республики Калмыкия, Краснодарского края, Республики Ингушетия, Карачаево-Черкесской Республики, Республики Северная Осетия-Алания, Ставропольского края, Республики Мордовия, Республики Татарстан, Чувашской Республики, Кировской области, Ханты-Мансийского автономного округа – Югры в размере 0,7; Брянской области, Калужской области, Псковской области, г. Санкт-Петербурга, Астраханской области, Волгоградской области, Ростовской области, Чеченской Республики, Республики Башкортостан, Республики Марий-Эл, Самарской области, Томской области в размере 0,8; Владимирской области, Воронежской области, Курской области, Московской области, Рязанской области, Смоленской области, Тверской области, Тульской области, Ярославской области, Республики Карелия, Ненецкого автономного округа, Новгородской области, Республики Дагестан, Кабардино-Балкарской Республики, Удмуртской Республики, Нижегородской области, Оренбургской области, Пензенской

области, Саратовской области, Ульяновской области, Республики Бурятия, Камчатского края, в размере 0,9.

Рекомендуемые для установления в территориальных программах дифференцированные нормативы объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет бюджетов субъектов Российской Федерации, представлены в приложении 6 к настоящим разъяснениям.

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 нормативов объема скорой медицинской помощи, рассчитанных на 1 застрахованное лицо в год, для Камчатского и Красноярского краев, республик Коми, Тыва, Саха (Якутия), Еврейской автономной области, Мурманской, Новосибирской, Сахалинской, Тюменской областей, Ханты-Мансийского автономного округа – в среднем 0,330 вызова; для Хабаровского края, Томской области – 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.

6. 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).

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 клинико-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 2017 год (3 488,6 руб.), коэффициента дифференциации и численности населения субъекта Российской Федерации по прогнозу Росстата на 1 января 2017 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 расходы по демонтажу зданий и сооружений и иные расходы. При этом расходы на проведение капитального ремонта и подготовку проектно-сметной документации для его проведения, а также расходы инвестиционного характера (включая расходы на демонтаж зданий и сооружений, строительство, реконструкцию) 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 2017 год: 2,35 посещения на 1 застрахованное лицо за счет средств обязательного медицинского страхования и 0,7 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 2017 год составляет 0,56 посещения в неотложной форме на 1 застрахованное лицо и включает в себя в том числе посещения на дому.

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 скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, не включенной в территориальную программу обязательного медицинского страхования, и специализированной санитарно-авиационной эвакуации.

В рамках подушевого норматива финансирования территориальной программы государственных гарантий за счет средств соответствующих бюджетов субъектом Российской Федерации устанавливаются нормативы объема и нормативы финансовых затрат на 1 вызов скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, не включенной в территориальную программу обязательного медицинского страхования, включая медицинскую

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, оказываемой амбулаторно, в том числе выездными патронажными службами, и стационарно, в том числе в хосписах и на койках 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 и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, 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,

Кроме того за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов осуществляется финансовое обеспечение медицинской помощи в специализированных медицинских организациях и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация» при заболеваниях, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования (заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ).

Расходы на проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка у беременных женщин, неонатального скрининга на 5 наследственных и врожденных заболеваний в части исследований и консультаций, осуществляемых медико-генетическими центрами (консультациями), а также медико-генетических исследований в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций учтены в размере среднего подушевого норматива финансирования за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации.

Обследование женщин в период беременности, предусмотренное 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), в медицинских организациях, оказывающих первичную специализированную и специализированную медицинскую помощь женщинам в период беременности осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования, а генетическое обследование беременных по выявлению (подтверждению) врожденных аномалий (пороков) развития у плода в медико-генетических консультациях (центрах) и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций – 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.

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 медицинскими организациями, не участвующими в реализации территориальной программы государственных гарантий.

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

19. Органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации с целью исключения дублирования льгот рекомендуется принять меры по уточнению групп и категорий граждан, имеющих право на льготное обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации.

За счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами в соответствии с утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июля 1994 г. № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» перечнями групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и медицинские изделия отпускаются по рецептам врачей бесплатно или с 50-процентной скидкой, при условии отсутствия указанных граждан в Федеральном регистре лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи в соответствии с Федеральным законом от 17 июля 1999 года № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи».

20. 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.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования обеспечивает информирование граждан о порядке обеспечения и защиты их прав в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Страховые медицинские организации размещают на собственных официальных сайтах в сети «Интернет», опубликовывают в средствах массовой информации номера телефонов и адреса электронной почты подразделений по организации защиты прав застрахованных лиц страховых медицинских организаций, участвующих в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации, и территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Страховая медицинская организация осуществляет информационное сопровождение застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской

помощи и обеспечивает информирование застрахованных лиц, в том числе по обращениям, и путем организации работы с застрахованными лицами уполномоченных лиц страховой медицинской организации (страховых представителей), в том числе о выявленных нарушениях по результатам проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам (по обращениям застрахованных лиц).

21. 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.

22. Органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации рекомендуется обеспечить широкое обсуждение с гражданами вопросов планируемой оптимизации сети медицинских организаций и их реструктуризации.

23. 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 2017 год (8896,0 руб.) умножить на коэффициент дифференциации и на численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации по состоянию на 1 апреля 2016 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, а также средства на финансовое обеспечение мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования.

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 этом средства на обеспечение выполнения территориальными фондами обязательного медицинского страхования своих функций в стоимость территориальной программы обязательного медицинского страхования не включаются и отражаются в качестве справочной информации в приложении к территориальной программе государственных гарантий по форме, в соответствии с приложением 1 к настоящему разъяснению.

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 субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования федеральным государственным учреждениям, дотаций федеральному бюджету из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в целях предоставления субсидий бюджетам субъектам Российской Федерации и бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации.

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 лиц, 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 иных межбюджетных трансфертов Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2016 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.

При проведении за счет средств обязательного медицинского страхования текущего ремонта в медицинских организациях, расположенных на территории монопрофильных муниципальных образований (моногородов), рекомендуется в приоритетном порядке направлять средства на улучшение зон регистрации и ожидания приема в медицинских организациях, оказывающих медицинскую

помощь в амбулаторных условиях, в целях создания комфортных условий в зонах ожидания.

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 клиничко-статистические группы заболеваний), по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации и другие). В показатели результативности деятельности медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, включается в том числе процент выполнения плановых показателей объема медицинской помощи для медицинской организации (посещений, обращений, медицинских услуг).

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. 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.

Тарифы на оплату диспансеризации определенных групп населения, в том числе пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей,

находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью и профилактических медицинских осмотров устанавливаются тарифным соглашением, принятым в субъекте Российской Федерации. Расчет соответствующих тарифов на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования производится исходя из расходов на проводимые на первом этапе диспансеризации осмотры врачами специалистами, исследования и иные медицинские мероприятия, с учетом применения передвижных форм предоставления медицинских услуг.

12. Расходы на вспомогательные репродуктивные технологии (экстракорпоральное оплодотворение) 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.

13. За счет средств обязательного медицинского страхования оплачивается доабортное консультирование беременных женщин медицинскими психологами (психологами, специалистами по социальной работе), а также оказание медицинской помощи в стационарных условиях в отделениях акушерского (сестринского) ухода женщинам в период беременности, проживающим в районах, отдаленных от акушерских стационаров и не имеющих прямых показаний для направления в отделение патологии беременности, но нуждающихся в медицинском наблюдении для предотвращения развития возможных осложнений.

14. 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 (с учетом норм, установленных приказом Минздрава России от 20 декабря 2012 г. № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения», в части установления запрета на выписку рецептов на лекарственные препараты, которые в соответствии с инструкцией по медицинскому применению используются только в медицинских организациях).

15. 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 с профилактическими и иными целями, так и обращения по поводу заболевания. При этом учитывается кратность условных единиц трудоемкости (далее – УЕТ) в одном посещении, которая в среднем по Российской Федерации оставляет 3,9, число УЕТ в одном посещении с профилактической целью – 2,7, в одном обращении в связи с заболеванием (законченном случае лечения) – 8,5.

Для оплаты стоматологической медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, единицей объема следует считать посещение с профилактическими и иными целями, стоимость которого корректируется с учетом содержащегося в нем количества УЕТ, а также обращение по поводу заболевания.

При оказании стоматологической помощи необходимо соблюдать принцип максимальной санации полости рта за одно посещение.

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.

16. Заместительная почечная терапия методами гемодиализа и перитонеального диализа застрахованным лицам проводится в рамках первичной специализированной и 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.

17. 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.

18. За счет средств обязательного медицинского страхования осуществляется в том числе оплата труда работников медицинской организации, не имеющих медицинского образования, которые участвуют в оказании медицинской помощи, в том числе медицинской реабилитации, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

19. 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 (0,3 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.

20. Финансовое обеспечение проведения гистологических и цитологических исследований пациентов патологоанатомическими отделениями многопрофильных медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования, осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

21. 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.

22. 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.

23. 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 10 л. в 1 экз.

В.И. Скворцова

**Стоимость территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по источникам
финансового обеспечения на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов**

Источники финансового обеспечения территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи	№ строки	плановый период					
		2017 год		2018 год		2019 год	
		утвержденная стоимость территориальной программы	стоимость территориальной программы	стоимость территориальной программы	стоимость территориальной программы	стоимость территориальной программы	стоимость территориальной программы
		всего (тыс. руб.)	на 1 жителя (1 застрахованное лицо) в год (руб.)	всего (тыс. руб.)	на 1 жителя (1 застрахованное лицо) в год (руб.)	всего (тыс. руб.)	на 1 жителя (1 застрахованное лицо) в год (руб.)
	1	3	4	5	6	7	8
Стоимость территориальной программы государственных гарантий всего (сумма строк 02 + 03) в том числе:							
01							
I. Средства консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации *	02						
II. 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) в том числе:	04						
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, из них:	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						

4.2. межбюджетные трансферты, перечисляемые 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 оказание отдельным категориям граждан государственной социальной помощи по обеспечению лекарственными препаратами, целевые программы, а также межбюджетных трансфертов (строки 06 и 10)

** без учета расходов на обеспечение выполнения территориальными фондами обязательного медицинского страхования своих функций, предусмотренных законом о бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования по разделу 01 «Общегосударственные вопросы».

Справочно	всего (тыс. руб.)	на 1 застрахованное лицо (руб.)
Расходы на обеспечение выполнения ТФОМС своих функций		

**Утвержденная стоимость территориальной программы государственных гарантий
бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
по условиям ее оказания на 2017 год**

№ строки	Единица измерения	Объем медицинской помощи в расчете на 1 жителя (норматив объема предоставления медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо)	Стоимость единицы объема медицинской помощи финансовых затрат на единицу объема предоставляемой медицинской помощи)	Подушевые нормативы финансирования территориальной программы			Стоимость территориальной программы по источникам ее финансового обеспечения		
				руб.		тыс. руб.		в % к итогу	
				за счет средств бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС	за счет средств бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС	за счет средств бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
01		X	X		X		X		
02	1. скорая, в том числе скорая специализированная медицинская помощь, не включенная с территориальную программу ОМС, в том числе не идентифицированным и не застрахованным в системе ОМС лицам	вызов			X		X		X
03		вызов			X		X		X
04	2. медицинская помощь в амбулаторных условиях, в том числе	посещение с профилактическими и иными целями			X		X		X
05		обращение			X		X		X
06	не идентифицированным и не застрахованным в системе ОМС лицам	посещение с профилактическими и иными целями			X		X		X
07		обращение			X		X		X
08	3. специализированная медицинская помощь в стационарных условиях, в том числе	случай госпитализации			X		X		X
09	не идентифицированным и не застрахованным в системе ОМС лицам	случай госпитализации			X		X		X
10	4. медицинская помощь в условиях дневного стационара, в том числе	случай лечения			X		X		X
11	не идентифицированным и не застрахованным в системе ОМС лицам	случай лечения			X		X		X
12	5. паллиативная медицинская помощь	к/день			X		X		X
13	6. иные государственные и муниципальные услуги (работы)	-	X		X		X		X

из строки 20:									
1. Медицинская помощь, предоставляемая в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам									
27									
28	- скорая медицинская помощь								
29.1		вызов							
29.2		посещение с профилактическими и иными целями							
29.3		посещение по неотложной медицинской помощи							
30		обращение							
30.1		случай госпитализации							
30.2		случай лечения							
31		случай госпитализации							
32		случай лечения							
33		случай госпитализации							
34.1		случай госпитализации							
34.2		случай лечения							
34.3		случай госпитализации							
35		случай госпитализации							
35.1		случай госпитализации							
35.2		случай госпитализации							
36		случай лечения							
37		случай лечения							
38		случай лечения							
ИТОГО (сумма строк 01 + 15 + 20)									

*) без учета финансовых средств консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на приобретение оборудования для медицинских организаций, работающих в системе ОМС (затраты, не вошедшие в тариф).

**) указываются расходы консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на приобретение медицинского оборудования для медицинских организаций, работающих в системе ОМС, сверх ТПОМС

***) в случае включения паллиативной медицинской помощи в территориальную платформу ОМС с соответствующими платежами субъекта РФ

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 пациента в стационаре (дней)	Рекомендуемое число койко-дней (круглосуточного пребывания) на 1000 жителей		
			Всего	в том числе для	
				взрослых	детей
Кардиология	10,60	10,8	114,5	109,7	4,8
Ревматология	1,00	13,1	13,1	12,6	0,5
Гастроэнтерология	2,90	10,8	31,3	24,6	6,7
Пульмонология	3,20	11,3	36,2	29,8	6,4
Эндокринология	2,00	11,6	23,2	14,7	8,5
Нефрология	1,20	11,5	13,8	8,7	5,1
Гематология	0,80	13,0	10,4	8,0	2,4
Аллергология и иммунология	0,50	10,1	5,1	4,4	0,6
Педиатрия	9,24	8,6	79,5		79,5
Терапия	20,30	10,1	205,0	205,0	
Неонатология	2,10	12,1	25,4		25,4
Травматология и ортопедия (травматологические койки)	7,10	11,0	78,1	69,8	8,3
Травматология и ортопедия (ортопедические койки)	0,80	12,1	9,7	7,7	2,0
Урология (детская урология-андрология)	5,05	8,9	44,9	41,5	3,4
Нейрохирургия	2,30	10,7	24,6	22,7	1,9
Хирургия (комбустиология)	0,40	13,6	5,4	4,0	1,4
Челюстно-лицевая хирургия, стоматология	1,10	7,7	8,5	6,9	1,6
Торакальная хирургия	0,40	13,3	5,3	4,9	0,4
Колопроктология	0,80	9,9	7,9	7,4	0,5
Сердечно-сосудистая хирургия (кардиохирургические койки)	1,01	9,8	9,9	9,1	0,8
Сердечно-сосудистая хирургия (койки сосудистой хирургии)	1,10	10,4	11,4	11,1	0,3
Хирургия (трансплантация органов и (или) тканей, костного мозга, пластическая хирургия)	3,00	9,1	27,3	24,6	2,7
Онкология, радиология и радиотерапия	6,50	10,8	70,2	68,0	2,2
Акушерство и гинекология	21,63	6,3	136,3	135,5	0,8
Оториноларингология	4,10	7,6	31,2	20,8	10,4
Офтальмология	5,35	6,8	36,4	30,9	5,5
Неврология	11,90	12,1	144,0	131,6	12,4
Дерматовенерология (дерматологические койки)	1,00	12,3	12,3	10,0	2,3
Инфекционные болезни	11,75	7,1	83,4	42,1	41,3
Акушерство и гинекология (койки для беременных и рожениц)	7,30	5,6	40,9	40,9	
Акушерство и гинекология (койки патологии беременности)	4,90	7,7	37,7	37,7	
Медицинская реабилитация	2,35	16,6	39,0	31,4	7,6
Гериатрия	0,40	18,0	7,2	7,2	
Хирургия	18,25	8,9	162,4	146,2	16,2
Всего по базовой программе ОМС	172,33	9,2	1 591,5	1 329,6	261,9
в том числе для федеральных медицинских организаций третьего уровня	1,2***				
Психиатрия	6,5	60,1	390,7	368,4	22,3
Наркология, психиатрия- наркология	5,5	14,5	79,8	78,2	1,6
Фтизиатрия	2,0	79,4	158,8	143,1	15,7
Дерматовенерология (венерологические койки)	1,0	11,0	11,0	9,5	1,5
Прочие профили, незастрахованные лица	3,0	8,0	24,0		
Всего за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации	18,0	36,9	664,2	622,4	41,8
Всего по медицинской помощи в стационарных условиях	190,33	11,9	2255,7		

*) 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	340,5		340,5
Терапия	238,1	238,1	
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	185,0	86,4	98,6
Акушерство и гинекология	260,8	260,3	0,5
Оториноларингология	64,5	47,0	17,5
Офтальмология	75,3	60,8	14,5
Дерматология	72,5	63,9	8,6
Посещения центров здоровья	100,0	59,9	40,1
Посещения к среднему медицинскому персоналу	210,0		
Разовые посещения по поводу заболевания	650,0		
Посещения по медицинской помощи в неотложной форме	560,0		
<i>в том числе по стоматологии</i>	<i>15,0</i>		
Всего посещений по базовой программе ОМС	2910,0		
Посещения при заболеваниях, не входящих базовую программу ОМС, включая посещения с профилактической целью и по паллиативной медицинской помощи	700,0		
Итого	3610,0		

**Рекомендуемые дифференцированные нормативы объема медицинской помощи,
оказываемой за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации,
на 2017 год**

Субъект Российской Федерации	Коэффициент дифференциации объема медицинской помощи	Рекомендуемый территориальный норматив объема медицинской помощи, оказанной за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта РФ, с учетом коэффициента дифференциации объема медицинской помощи в расчете на 1-го жителя				
		посещений с профилактической целью	обращений в связи с заболеваниями	случаев госпитализации в стационар	случаев лечения в дневном стационаре	койко-дней по паллиативной медицинской помощи
	1	2	3	4	5	6
Центральный ФО						
Белгородская область	0,700	0,49-0,7	0,14-0,2	0,0126-0,018	0,0028-0,004	0,0644-0,092
Брянская область	0,800	0,56-0,7	0,16-0,2	0,0144-0,018	0,0032-0,004	0,0736-0,092
Владимирская область	0,900	0,63-0,7	0,18-0,2	0,0162-0,018	0,0036-0,004	0,08228-0,092
Воронежская область	0,900	0,63-0,7	0,18-0,2	0,0162-0,018	0,0036-0,004	0,08228-0,092
Ивановская область	0,700	0,49-0,7	0,14-0,2	0,0126-0,018	0,0028-0,004	0,0644-0,092
Калужская область	0,800	0,56-0,7	0,16-0,2	0,0144-0,018	0,0032-0,004	0,0736-0,092
Костромская область	0,700	0,49-0,7	0,14-0,2	0,0126-0,018	0,0028-0,004	0,0644-0,092
Курская область	0,900	0,63-0,7	0,18-0,2	0,0162-0,018	0,0036-0,004	0,08228-0,092
Липецкая область	0,700	0,49-0,7	0,14-0,2	0,0126-0,018	0,0028-0,004	0,0644-0,092
Московская область	0,900	0,63-0,7	0,18-0,2	0,0162-0,018	0,0036-0,004	0,08228-0,092
Орловская область	0,700	0,49-0,7	0,14-0,2	0,0126-0,018	0,0028-0,004	0,0644-0,092
Рязанская область	0,900	0,63-0,7	0,18-0,2	0,0162-0,018	0,0036-0,004	0,08228-0,092
Смоленская область	0,900	0,63-0,7	0,18-0,2	0,0162-0,018	0,0036-0,004	0,08228-0,092
Тамбовская область	0,700	0,49-0,7	0,14-0,2	0,0126-0,018	0,0028-0,004	0,0644-0,092
Тверская область	0,900	0,63-0,7	0,18-0,2	0,0162-0,018	0,0036-0,004	0,08228-0,092
Тульская область	0,900	0,63-0,7	0,18-0,2	0,0162-0,018	0,0036-0,004	0,08228-0,092
Ярославская область	0,900	0,63-0,7	0,18-0,2	0,0162-0,018	0,0036-0,004	0,08228-0,092
г. Москва	0,700	0,49-0,7	0,14-0,2	0,0126-0,018	0,0028-0,004	0,0644-0,092
Северо-Западный ФО						
Республика Карелия	0,900	0,63-0,7	0,18-0,2	0,0162-0,018	0,0036-0,004	0,08228-0,092
Республика Коми	1,000	0,7*	0,2*	0,018*	0,004*	0,092*
Архангельская область	1,300	0,7*	0,2*	0,018*	0,004*	0,092*
Ненецкий АО	0,900	0,63-0,7	0,18-0,2	0,0162-0,018	0,0036-0,004	0,08228-0,092
Вологодская область	0,700	0,49-0,7	0,14-0,2	0,0126-0,018	0,0028-0,004	0,0644-0,092
Калининградская область	0,700	0,49-0,7	0,14-0,2	0,0126-0,018	0,0028-0,004	0,0644-0,092
Ленинградская область	0,700	0,49-0,7	0,14-0,2	0,0126-0,018	0,0028-0,004	0,0644-0,092
Мурманская область	0,700	0,49-0,7	0,14-0,2	0,0126-0,018	0,0028-0,004	0,0644-0,092
Новгородская область	0,900	0,63-0,7	0,18-0,2	0,0162-0,018	0,0036-0,004	0,08228-0,092
Псковская область	0,800	0,56-0,7	0,16-0,2	0,0144-0,018	0,0032-0,004	0,0736-0,092
г. Санкт-Петербург	0,800	0,56-0,7	0,16-0,2	0,0144-0,018	0,0032-0,004	0,0736-0,092
Южный ФО						
Республика Адыгея	0,700	0,49-0,7	0,14-0,2	0,0126-0,018	0,0028-0,004	0,0644-0,092
Республика Калмыкия	0,700	0,49-0,7	0,14-0,2	0,0126-0,018	0,0028-0,004	0,0644-0,092
Краснодарский край	0,700	0,49-0,7	0,14-0,2	0,0126-0,018	0,0028-0,004	0,0644-0,092
Астраханская область	0,800	0,56-0,7	0,16-0,2	0,0144-0,018	0,0032-0,004	0,0736-0,092
Волгоградская область	0,800	0,56-0,7	0,16-0,2	0,0144-0,018	0,0032-0,004	0,0736-0,092
Ростовская область	0,800	0,56-0,7	0,16-0,2	0,0144-0,018	0,0032-0,004	0,0736-0,092
Республика Крым	1,300	0,7*	0,2*	0,018*	0,004*	0,092*
г. Севастополь	1,300	0,7*	0,2*	0,018*	0,004*	0,092*
Северо-Кавказский ФО						
Республика Дагестан	0,900	0,63-0,7	0,18-0,2	0,0162-0,018	0,0036-0,004	0,08228-0,092
Республика Ингушетия	0,700	0,49-0,7	0,14-0,2	0,0126-0,018	0,0028-0,004	0,0644-0,092
Кабардино-Балкарская Республика	0,900	0,63-0,7	0,18-0,2	0,0162-0,018	0,0036-0,004	0,08228-0,092
Карачаево-Черкесская Республика	0,700	0,49-0,7	0,14-0,2	0,0126-0,018	0,0028-0,004	0,0644-0,092
Республика Северная Осетия-Алания	0,700	0,49-0,7	0,14-0,2	0,0126-0,018	0,0028-0,004	0,0644-0,092
Чеченская Республика	0,800	0,56-0,7	0,16-0,2	0,0144-0,018	0,0032-0,004	0,0736-0,092
Ставропольский край	0,700	0,49-0,7	0,14-0,2	0,0126-0,018	0,0028-0,004	0,0644-0,092

Субъект Российской Федерации	Коэффициент дифференциации объема медицинской помощи	Рекомендуемый территориальный норматив объема медицинской помощи, оказанной за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта РФ, с учетом коэффициента дифференциации объема медицинской помощи в расчете на 1-го жителя				
		посещений с профилактической целью	обращений в связи с заболеваниями	случаев госпитализации в стационар	случаев лечения в дневном стационаре	койко-дней по паллиативной медицинской помощи
	1	2	3	4	5	6
Приволжский ФО						
Республика Башкортостан	0,800	0,56-0,7	0,16-0,2	0,0144-0,018	0,0032-0,004	0,0736-0,092
Республика Марий Эл	0,800	0,56-0,7	0,16-0,2	0,0144-0,018	0,0032-0,004	0,0736-0,092
Республика Мордовия	0,700	0,49-0,7	0,14-0,2	0,0126-0,018	0,0028-0,004	0,0644-0,092
Республика Татарстан	0,700	0,49-0,7	0,14-0,2	0,0126-0,018	0,0028-0,004	0,0644-0,092
Удмуртская Республика	0,900	0,63-0,7	0,18-0,2	0,0162-0,018	0,0036-0,004	0,08228-0,092
Чувашская Республика	0,700	0,49-0,7	0,14-0,2	0,0126-0,018	0,0028-0,004	0,0644-0,092
Пермский край	1,300	0,7*	0,2*	0,018*	0,004*	0,092*
Кировская область	0,700	0,49-0,7	0,14-0,2	0,0126-0,018	0,0028-0,004	0,0644-0,092
Нижегородская область	0,900	0,63-0,7	0,18-0,2	0,0162-0,018	0,0036-0,004	0,08228-0,092
Оренбургская область	0,900	0,63-0,7	0,18-0,2	0,0162-0,018	0,0036-0,004	0,08228-0,092
Пензенская область	0,900	0,63-0,7	0,18-0,2	0,0162-0,018	0,0036-0,004	0,08228-0,092
Самарская область	0,800	0,56-0,7	0,16-0,2	0,0144-0,018	0,0032-0,004	0,0736-0,092
Саратовская область	0,900	0,63-0,7	0,18-0,2	0,0162-0,018	0,0036-0,004	0,08228-0,092
Ульяновская область	0,900	0,63-0,7	0,18-0,2	0,0162-0,018	0,0036-0,004	0,08228-0,092
Уральский ФО						
Курганская область	1,300	0,7*	0,2*	0,018*	0,004*	0,092*
Свердловская область	1,300	0,7*	0,2*	0,018*	0,004*	0,092*
Тюменская область	1,000	0,7*	0,2*	0,018*	0,004*	0,092*
Ханты-Мансийский АО	0,700	0,49-0,7	0,14-0,2	0,0126-0,018	0,0028-0,004	0,0644-0,092
Ямало-Ненецкий АО	1,200	0,7*	0,2*	0,018*	0,004*	0,092*
Челябинская область	1,300	0,7*	0,2*	0,018*	0,004*	0,092*
Сибирский ФО						
Республика Алтай	1,300	0,7*	0,2*	0,018*	0,004*	0,092*
Республика Бурятия	0,900	0,63-0,7	0,18-0,2	0,0162-0,018	0,0036-0,004	0,08228-0,092
Республика Тыва	1,300	0,7*	0,2*	0,018*	0,004*	0,092*
Республика Хакасия	1,200	0,7*	0,2*	0,018*	0,004*	0,092*
Алтайский край	1,300	0,7*	0,2*	0,018*	0,004*	0,092*
Забайкальский край	1,300	0,7*	0,2*	0,018*	0,004*	0,092*
Красноярский край	1,300	0,7*	0,2*	0,018*	0,004*	0,092*
Иркутская область	1,300	0,7*	0,2*	0,018*	0,004*	0,092*
Кемеровская область	1,300	0,7*	0,2*	0,018*	0,004*	0,092*
Новосибирская область	1,300	0,7*	0,2*	0,018*	0,004*	0,092*
Омская область	1,100	0,7*	0,2*	0,018*	0,004*	0,092*
Томская область	0,800	0,56-0,7	0,16-0,2	0,0144-0,018	0,0032-0,004	0,0736-0,092
Дальневосточный ФО						
Республика Саха (Якутия)	1,000	0,7*	0,2*	0,018*	0,004*	0,092*
Камчатский край	0,900	0,63-0,7	0,18-0,2	0,0162-0,018	0,0036-0,004	0,08228-0,092
Приморский край	1,300	0,7*	0,2*	0,018*	0,004*	0,092*
Хабаровский край	1,300	0,7*	0,2*	0,018*	0,004*	0,092*
Амурская область	1,300	0,7*	0,2*	0,018*	0,004*	0,092*
Магаданская область	1,300	0,7*	0,2*	0,018*	0,004*	0,092*
Сахалинская область	1,300	0,7*	0,2*	0,018*	0,004*	0,092*
Еврейская автономная область	1,300	0,7*	0,2*	0,018*	0,004*	0,092*
Чукотский автономный округ	1,300	0,7*	0,2*	0,018*	0,004*	0,092*

*) территориальный норматив может превышать средний норматив, установленный Программой, при условии установления стоимости единицы объема медицинской помощи в соответствии с параметрами Программы

**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.

Методика планирования ресурсов для оказания медицинской помощи в стационарных условиях

1.1. Определение абсолютного количества коек (К):

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

$N_{\text{к/д}}$ – 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;

D – 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):

$D = 365 \text{ дней в году} - t_r - (t_o \times F)$, 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 абортотворения – 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,

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

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

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

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

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:

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

- B – число врачебных должностей;
- П – утвержденный норматив посещений на одного жителя в год;
- Н – численность населения;
- Φ – 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 использования ресурсов
медицинских организаций на основе выполнения функции
врачебной должности, показателей использования коечного фонда**

1. 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_ф - фактическое число посещений;

P_н - плановое, нормативное число посещений.

2. 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_ф - фактический оборот койки, как отношение фактической занятости койки (U_ф) к фактическим срокам лечения (B_ф)

O_н - нормативный оборот койки, как нормативная занятость койки (U_н) к нормативному сроку лечения (B_н)

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

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_с – коэффициент целевого использования коечного фонда,

U_с – 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_о – общее количество госпитализированных больных

в) Коэффициент экономической эффективности использования коечного фонда ($Kэ$) определяется как интегральный показатель, отражающий степень как рационального, так и целевого использования коечного фонда

$$Kэ = Kг \times Kс$$

Экономический ущерб определяется по формуле:

$$У = \Phi \times (1 - Kэ) \text{ где:}$$

$У$ – экономический ущерб в рублях

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

$Kэ$ – 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.

3. Определение коэффициентов финансовых затрат поликлиники ($Kп$) и стационара ($Kс$).

Для этого сумма фактических расходов поликлиники ($\Phiп$) и стационара ($\Phiс$) сравнивается с утвержденными суммами расходов по поликлинике ($\Piп$) и стационару ($\Piс$)

$$Kп = \frac{\Phiп}{\Piп} \qquad Kс = \frac{\Phiс}{\Piс}$$

Эффективной следует считать деятельность поликлиники и стационара, если $Kп$ и $Kс$ ниже $Kв$ и $Kэ$.

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

$Kэ = 0,7$ и $Kс = 0,9$. 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

$$НЗ_{\text{ф}} = НЗ_{\text{пгг}} \times (K_{\text{диф}} \times \partial + (1 - \partial)), \text{ где:}$$

- $НЗ_{\text{ф}}$ – 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 (НЗПГГ), 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, 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
Абдоминальная хирургия	1	148 006	15
Абдоминальная хирургия	2	158 064	30
Акушерство и гинекология	3	111 741	30
Акушерство и гинекология	4	168 299	30
Гастроэнтерология	5	118 535	15
Гематология	6	131 417	30
Гематология	7	400 332	15
Детская хирургия в период новорожденности	8	223 384	45
Дерматовенерология	9	88 596	30
Нейрохирургия	10	143 254	30
Нейрохирургия	11	220 883	15
Нейрохирургия	12	141 903	15
Нейрохирургия	13	204 013	15
Неонатология	14	221 653	15
Неонатология	15	324 777	15
Онкология	16	112 058	30
Онкология	17	84 469	45
Онкология	18	117 683	30
Оториноларингология	19	100 288	30
Оториноларингология	20	60 064	30

Офтальмология	21	62 641	30
Офтальмология	22	76 934	30
Педиатрия	23	72 157	30
Педиатрия	24	152 977	15
Педиатрия	25	86 253	30
Ревматология	26	115 333	30
Сердечно-сосудистая хирургия	27	192 036	15
Сердечно-сосудистая хирургия	28	171 224	15
Сердечно-сосудистая хирургия	29	124 392	30
Сердечно-сосудистая хирургия	30	232 966	15
Сердечно-сосудистая хирургия	31	205 345	30
Торакальная хирургия	32	128 190	15
Торакальная хирургия	33	224 336	15
Травматология и ортопедия	34	123 357	15
Травматология и ортопедия	35	184 490	15
Травматология и ортопедия	36	128 657	30
Травматология и ортопедия	37	308 107	15
Урология	38	83 359	30
Урология	39	122 182	30
Челюстно-лицевая хирургия	40	108 171	30
Эндокринология	41	166 494	15
Эндокринология	42	89 761	30