



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздрав России)**

МИНИСТР

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

08 НОЯ 2013

№

11-9/10/2-8309

На № _____ от _____

О формировании и экономическом обосновании
территориальной программы государственных
гарантий бесплатного оказания гражданам
медицинской помощи на 2014 год и на
плановый период 2015 и 2016 годов

Минздрав России



2008309

08.11.13

Во исполнение пункта 2 постановления Правительства Российской Федерации от 18 октября 2013 г. № 932 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 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 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов (далее – территориальная программа государственных гарантий).

**Формирование территориальной программы
государственных гарантий**

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

Стоимость территориальной программы государственных гарантий формируется за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации

Федерации и местных бюджетов (в случае передачи органами государственной власти субъекта Российской Федерации соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления) (далее – соответствующие бюджеты) и средств обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования и утверждается в виде приложения к территориальной программе государственных гарантий по форме, в соответствии с приложениями 1 и 2 к настоящему разъяснению.

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

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

В целях обеспечения преемственности, доступности и качества медицинской помощи, а также эффективной реализации территориальных программ государственных гарантий субъектами Российской Федерации формируется и развивается трехуровневая система организации медицинской помощи гражданам:

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

второй уровень – оказание преимущественно специализированной (за исключением высокотехнологичной), медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своей структуре специализированные

межмуниципальные (межрайонные) отделения и (или) центры, а также в диспансерах, многопрофильных больницах;

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

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).

В целях обеспечения прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи рекомендуется конкретизировать территориальную программу государственных гарантий установлением предельных сроков ожидания:

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

приема врачей-специалистов при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в плановой форме – не более 10 рабочих дней с момента обращения;

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

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

оказания специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме – не более 30 дней с момента выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию (при условии обращения пациента за госпитализацией в рекомендуемые лечащим врачом сроки).

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

медицинского страхования, в части видов медицинской помощи и по заболеваниям, не входящим в базовую программу обязательного медицинского страхования, - за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

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, призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и средств обязательного медицинского страхования.

Финансовое обеспечение медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной службе, а также диагностических исследований в целях медицинского освидетельствования по направлению военных комиссариатов осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации и не включено в средние нормативы, установленные Программой.

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

4. 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 одно застрахованное лицо в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, средние нормативы объема медицинской помощи, установленные Программой, корректируются с помощью поправочных коэффициентов, учитывающих, в том числе, особенности возрастного состава населения субъекта Российской Федерации.

При обосновании размера средних нормативов объема медицинской помощи на 1 жителя (застрахованное лицо), установленных Программой, принято следующее соотношение детей (в возрасте от нуля до семнадцати лет включительно) и взрослых: 19 % (коэффициент 0,19) и 81% (коэффициент 0,81) 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: **0,95** для детского ($18/19 = 0,95$) и **1,01** для взрослого населения ($82/81 = 1,01$).

В целях обеспечения единого подхода к планированию и оплате медицинской помощи в стационарных условиях введена новая единица объема – случай госпитализации (законченный случай лечения в стационарных условиях). В приложения 4 к настоящим разъяснениям указаны рекомендуемые показатели числа случаев госпитализации, средней длительности пребывания 1-ого пациента в медицинской организации в стационарных условиях (дней) и числа койко-дней (круглосуточного пребывания) на 1 жителя (застрахованного).

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

Таблица 1

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

Показатель	Рекомендуемое число койко-дней на 1000 жителей		
	в том числе для:		Всего
	взрослых	детей	
Рекомендуемое число койко-дней	94,88	4,18	99,06
Поправочный коэффициент	101,5	0,95	-
Скорректированное число койко-дней	95,8	4,0	99,8

Скорректированное число случаев госпитализации по профилю «кардиология» = $99,8/12,7=7,9$ случая госпитализации на 1000 жителей.

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

Корректировка объема медицинской помощи проводится также с учетом заболеваемости населения субъекта Российской Федерации с использованием, как отчетных данных, так и результатов специальных исследований. По данным медицинской статистики за предыдущий год анализируются состав пациентов, получивших медицинскую помощь в стационарных условиях и число проведенных ими койко-дней в разрезе профилей медицинской помощи. В результате определяется объем медицинской помощи в стационарных условиях, по профилям медицинской помощи в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития от 17 мая 2012 г. № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи», зарегистрированным в Министерстве юстиции Российской Федерации 4 июня 2012 г. № 24440.

Объем медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в расчете на одного жителя, а также норматив объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях в расчете на одно застрахованное лицо, корректируются по каждому профилю медицинской помощи, затем путем суммирования определяются объем медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в расчете на одного жителя и норматив объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях в расчете на одно 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 обосновано более высокими, чем соответствующие средние нормативы объема медицинской помощи, установленные Программой, с учетом уровня заболеваемости населения, демографических особенностей населения региона, климатических и географических особенностей региона, уровня транспортной доступности медицинских организаций, уровня развития транспортных путей постоянного действия, плотности населения в субъекте Российской Федерации и других факторов.

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

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

жителя) умножить на численность населения субъекта Российской Федерации по прогнозу Росстата на 1 января соответствующего года.

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

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

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

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

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

Субъектами Российской Федерации могут устанавливаться дифференцированные нормативы объема медицинской помощи на 1 жителя и нормативы объема медицинской помощи на 1 застрахованное лицо с учетом этапов оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи.

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

При установлении объема медицинской помощи врачей – педиатров участковых, врачей - терапевтов участковых и врачей общей практики (семейных врачей) следует учитывать дифференциацию потребления медицинской помощи прикрепленного населения в зависимости от пола,

возраста, уровня общей заболеваемости, а также климатических и географических особенностей региона, транспортной доступности медицинских организаций и плотности населения в субъекте Российской Федерации.

5. Для определения стоимости единиц объема медицинской помощи по видам медицинской помощи, не входящим в территориальную программу 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 средств соответствующих бюджетов, установленных Программой, на величину районного коэффициента (рассчитанного с учетом районного коэффициента и надбавок к заработной плате за работу в местностях с тяжелыми климатическими условиями - в районах Крайнего севера и приравненных к ним местностях, в южных районах Восточной Сибири, Дальнего Востока и в высокогорных районах, пустынных и безводных местностях).

При этом коэффициенты дифференциации стоимости единицы объема медицинской помощи по заболеваниям, не входящим в территориальную программу обязательного медицинского страхования (психиатрия, наркология, фтизиатрия и т.п.), устанавливаются субъектами Российской Федерации самостоятельно.

Для определения 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 средств обязательного медицинского страхования, установленных Программой, на величину коэффициента дифференциации.

При расчете используются также относительные коэффициенты стоимости медицинской помощи по основным профилям медицинской помощи (для медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях - по основным специальностям) согласно рекомендациям Министерства здравоохранения Российской Федерации по способам оплаты медицинской помощи.

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 районных коэффициентов.

В рамках установленного территориальной программой подушевого норматива финансирования возможна корректировка подушевых расходов по

видам, формам и условиям оказания медицинской помощи с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, климатических и географических особенностей региона, транспортной доступности медицинских организаций и плотности населения на территории субъекта Российской Федерации.

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 2014 год – 3 331,9 руб., на 2015 год – 3 615,4 руб., на 2016 год – 3 778,9 руб.), районного коэффициента и численности населения субъекта Российской Федерации по прогнозу Росстата на 1 января соответствующего года.

В 2014 году средний подушевой норматив финансирования за счет средств соответствующих бюджетов (без учета расходов федерального бюджета), установленный Программой, включает средства, передаваемые на оплату скорой медицинской помощи застрахованным лицам в виде межбюджетных трансфертов в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования.

В соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании расходы государственных и муниципальных медицинских организаций в части капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения, приобретения оборудования стоимостью свыше 100 тысяч рублей за единицу и иные расходы осуществляются за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и не входят в средний подушевой норматив финансирования, 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 на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи.

Потребность определяется как произведение среднего подушевого норматива финансирования за счет средств соответствующих бюджетов, установленного Программой, на величину районного коэффициента 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.

7. При планировании объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, единицей объема является:

а) посещение

- с профилактической целью, из них:

медицинский осмотр,
диспансеризация определенных групп населения,
комплексный медицинский осмотр,
патронаж,
в связи с другими обстоятельствами;

- с иными целями, в том числе в связи с заболеваниями, из них:

оказание медицинской помощи в неотложной форме,
активное посещение, включая консультации врачей –
специалистов,
диспансерное наблюдение,
оказание паллиативной помощи;

б) обращение по поводу заболевания, являющееся законченным случаем лечения у лечащего врача.

Объем медицинской помощи в амбулаторных условиях (число посещений с профилактической и иными целями: 2,27 посещения на 1 застрахованное лицо (за счет средств обязательного медицинского страхования) и 0,5 посещения на 1 жителя (за счет средств соответствующих бюджетов) включает посещения:

а) центров здоровья;

б) в связи с диспансеризацией определенных групп населения;

в) в связи с диспансерным наблюдением;

г) в связи с профилактическими медицинскими осмотрами в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, патронажем;

д) медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;

е) с иными целями (разовые посещения по поводу заболевания, посещения, связанные с диагностическим обследованием, направлением на госпитализацию, в дневной стационар, получением справки, санаторно-курортной карты и других медицинских документов);

ж) в связи с оказанием паллиативной медицинской помощи;

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

Оплата диспансеризации осуществляется по законченному случаю с учетом этапов проведения. При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования оплата диспансеризации выделяется из подушевого норматива.

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

Объем предоставления медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме за счет средств обязательного медицинского страхования, установлен – 0,46 посещений на 1 застрахованное лицо.

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, диспансерным наблюдением, профилактическим осмотром), посещений с иными целями, в связи с оказанием паллиативной медицинской помощи, неотложной медицинской помощи, а также обращений по поводу заболеваний.

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

8. 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, направленным медицинской организацией по месту прикрепления; направленным медицинскими работниками образовательных учреждений; направленным врачом, ответственным за проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан из I (практически здоров) и II (риск развития заболеваний) групп состояния здоровья (далее - I и II группы состояния здоровья); направленным работодателем по заключению врача, ответственного за проведение углубленных медицинских осмотров с I и II группами состояния здоровья.

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 (X пересмотра) (далее – МКБ-10) по классу Z00-Z99 «Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения». 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.

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

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

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

В рамках подушевого норматива финансирования территориальной программы государственных гарантий за счет средств соответствующих бюджетов субъектом Российской Федерации устанавливаются объем и стоимость единицы объема скорой специализированной (санитарно-авиационной) медицинской помощи.

10. 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).

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

12. За счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов осуществляется оказание медицинской помощи и предоставление иных государственных и муниципальных услуг (работ), в соответствии с разделом IV Программы, в лепрозориях, центрах по профилактике и борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита и инфекционными заболеваниями, врачебно-физкультурных диспансерах, центрах охраны здоровья семьи и репродукции, центрах охраны репродуктивного здоровья подростков, центрах медицинской профилактики (за исключением первичной медико-санитарной помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования), центрах профессиональной патологии, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомических бюро, медицинских информационно-аналитических центрах, бюро медицинской статистики, на станциях переливания крови, в центрах крови, домах ребенка, включая специализированные, молочных кухнях и прочих медицинских организациях, входящих в номенклатуру медицинских организаций, утверждаемую Министерством здравоохранения Российской Федерации.

13. 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 виде межбюджетных отношений на основании заключенных соглашений.

14. 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 7 к настоящим разъяснениям и может быть рекомендована для обоснования и установления целевых показателей обеспеченности населения ресурсами (медицинскими кадрами и больничными койками).

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

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

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

Целевые значения индикаторов, утвержденные региональной программой развития здравоохранения и «дорожной картой» субъекта Российской Федерации, должны соответствовать целевым значениям критериев доступности и качества медицинской помощи, установленным территориальной программой.

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

16. Оценку эффективности деятельности медицинских организаций на основе выполнения функции врачебной должности, показателей рационального и целевого использования коечного фонда рекомендуется осуществлять по методике, представленной в приложении 8 к настоящим разъяснениям.

17. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области 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.

18. 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.

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

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 2014 год – 6 962,5 руб., на 2015 год – 8 481,5 руб., на 2016 год – 8863,2 руб.) умножить на коэффициент дифференциации и на численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации по состоянию на 1 апреля предыдущего 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), установленного территориальной программой 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;

передаваемые расходы бюджета субъекта Российской Федерации на содержание медицинских организаций в пределах увеличения размера тарифа страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения (2014 г.);

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. 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, утверждёнными приказом Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 г. № 158н, зарегистрированным в Министерстве юстиции Российской Федерации 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 одно 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.

3. 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 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), включенными в состав Комиссии.

4. Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования, распределяются решением Комиссии между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями.

При распределении объемов медицинской помощи учитываются:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Распределение утвержденных территориальной программой обязательного медицинского страхования объемов медицинской помощи медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в

амбулаторных условиях и имеющих 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 одно 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.

5. 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).

6. 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, принятых тарифным соглашением.

7. 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.

8. В 2014 году финансовое обеспечение расходов, включаемых в структуру тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» с 2013 года, в объеме разницы между размером указанных расходов и приростом размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения по сравнению с 2012 годом, осуществляется за счет межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджетов субъектов Российской Федерации в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования.

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

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

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

- медицинскими работниками со средним медицинским образованием, ведущими самостоятельный прием;

- врачами и медицинскими работниками со средним медицинским образованием в медицинских кабинетах и здравпунктах образовательных учреждений.

11. Расходы на вспомогательные репродуктивные технологии (экстракорпоральное оплодотворение), не включенные в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, утверждаемый Министерством здравоохранения Российской Федерации, в условиях дневного стационара, осуществляются за счет средств обязательного медицинского страхования.

Объем медицинской помощи по экстракорпоральному оплодотворению и порядок проведения устанавливается территориальной программой государственных гарантий в соответствии с порядком использования вспомогательных репродуктивных технологий, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, с учетом средней стоимости 1-го случая применения вспомогательных репродуктивных

технологий (экстракорпорального оплодотворения), установленной Программой - 113 109 рублей – на 2014 год, 119 964,1 рубля на 2015 год, 125 962 рубля – на 2016 год без учета районных коэффициентов.

При расчете стоимости медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, за счет средств обязательного медицинского страхования применяются средние нормативы финансовых затрат, на 1 пациенто-день лечения в условиях дневного стационара с учетом расходов на оказание медицинской помощи в центрах (подразделениях) амбулаторной хирургии, хирургии одного дня, 2013 год – 1 108,8 рублей, на 2014 год – 1 227,9 рубля, на 2015 год – 1 309,1 рубля.

В рамках территориальных программ государственных гарантий за счет средств обязательного медицинского страхования осуществляется оплата курсов химиотерапии, проводимых пациентам (взрослым и детям) с онкологическими заболеваниями в соответствии со стандартами медицинской помощи, в том числе в условиях дневного стационара. Лекарственное обеспечение данной категории пациентов, медицинская помощь которым оказывается в амбулаторных условиях, осуществляется в соответствии с законодательными и иными правовыми актами Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, в том числе за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

12. 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 объемов гарантируемой стоматологической помощи населению по территориальной программе государственных гарантий учитываются как посещения, так и условные единицы трудоемкости (далее – УЕТ). При пересчете УЕТ в посещения рекомендуется использовать переводные коэффициенты, сложившиеся в субъекте Российской Федерации в зависимости от используемых ресурсов и технологий.

При оплате стоматологической помощи в амбулаторных условиях может применяться способ оплаты за УЕТ.

Для обоснования размера тарифа на стоматологическую помощь целесообразно устанавливать перечень лекарственных препаратов, медицинских изделий, необходимых для ее оказания в рамках территориальной программы государственных гарантий на основе стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

13. Заместительная почечная терапия методами гемодиализа и перитонеального диализа застрахованным лицам проводится в рамках специализированной медицинской помощи и оплачивается по тарифам, утвержденным в установленном порядке за счет средств обязательного

медицинского страхования, в том числе в части приобретения расходных материалов.

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

15. Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) застрахованным лицам в 2014 году осуществляется за счет межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджетов субъекта Российской Федерации в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования, в объеме разницы между размером расходов на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) и приростом объема страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения по сравнению с 2012 годом.

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 скорой специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи), по базовой программе обязательного медицинского страхования определяется исходя из среднего норматива объема скорой медицинской помощи, установленного Программой (0,318 вызова на 1 застрахованное лицо) и численности застрахованных лиц.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь, оказываемая застрахованным лицам в амбулаторных и стационарных условиях в отделениях экстренной медицинской помощи (скорой медицинской помощи) медицинских организаций, 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.

При оказании в 2014 году медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук, при заболеваниях и состояниях, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета осуществляется финансовое обеспечение медицинской помощи в объеме, превышающем объемы медицинской помощи, установленные решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

16. 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.

17. 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.

18. 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 *14* л. в 1 экз.



В.И. Скворцова

Приложение 1
 Стоимость территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по источникам финансового обеспечения на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов

№ строки	Источники финансового обеспечения территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи	2014 год						плановый период	
		Утвержденная стоимость территориальной программы		Расчетная стоимость территориальной программы		Расчетная стоимость территориальной программы		2015 год	2016 год
		всего (млн. руб.)	на одного жителя (одно застрахованное лицо по ОМС) в год (руб.)	всего (млн. руб.)	на одного жителя (одно застрахованное лицо по ОМС) в год (руб.)	всего (млн. руб.)	на одного жителя (одно застрахованное лицо по ОМС) в год (руб.)	всего (млн. руб.)	на одного жителя (одно застрахованное лицо по ОМС) в год (руб.)
2	1	3	4	5	6	7	8		
01	Стоимость территориальной программы государственных гарантий всего (сумма строк 02 + 03) в том числе:								
02	I. Средства консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации								
03	II. Стоимость территориальной программы ОМС всего								
04	1. Стоимость территориальной программы ОМС за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы (сумма строк 05+ 06 + 09) в том числе:								
05	1.1. субвенции из бюджета ФОМС								
06	1.2. - межбюджетные трансферты бюджетов субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования в части базовой программы ОМС								
07	1.2.1. Межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта Российской Федерации в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования на финансирование скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи).								
08	1.2.2. Межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта Российской Федерации в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования на финансирование расходов, включаемых в структуру тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»								
09	1.3. прочие поступления								
10	2. Межбюджетные трансферты бюджетов субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС, в том числе:								
11	2.1. Межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта Российской Федерации в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования на финансирование скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи).								
12	2.2. Межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта Российской Федерации в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования на финансирование расходов, включаемых в структуру тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»								

* Без учета бюджетных ассигнований федерального бюджета на ОНЛС, целевые программы, а также средств по п. 2 разд. II по строке 08.

**Утвержденная стоимость территориальной программы государственных гарантий
бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
по условиям ее оказания на 2014 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 помощи (норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи)	Подушевые нормативы финансирования территориальной программы		Стоимость территориальной программы по источникам ее финансового обеспечения			
				руб.		млн. руб.		в % к итогу	
				за счет средств консолидированного бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС	за счет средств консолидированного бюджета субъекта РФ	средства ОМС		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1. Медицинская помощь, предоставляемая за счет консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации в том числе *:									
01		X	X	X	X		X		
1. скорая медицинская помощь									
02	вызов						X		X
2. при заболеваниях, не включенных в территориальную программу ОМС:									
03		X	X				X		X
- амбулаторная помощь									
04.1	посещение с профилактической целью						X		X
04.2	обращение						X		X
- стационарная помощь									
05	к/день						X		X
- в дневных стационарах									
06	пациенто-день						X		X
3. при заболеваниях, включенных в базовую программу ОМС, гражданам Российской Федерации, не идентифицированным и не застрахованным в системе ОМС:									
07		X	X	X	X		X		X
- скорая медицинская помощь									
08	вызов	X	X	X	X	X	X	X	X
- амбулаторная помощь									
09	посещение	X	X	X	X	X	X	X	X
- стационарная помощь									
10	к/день	X	X	X	X	X	X	X	X
- в дневных стационарах									
11	пациенто-день	X	X	X	X	X	X	X	X
4. Иные государственные и муниципальные услуги (работы)									
12		X	X	X	X		X		X

1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. специализированная высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в медицинских организациях субъекта РФ	к/день	X	X		X		X	X
II. Средства консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на содержание медицинских организаций, работающих в системе ОМС**:		X	X		X		X	
- скорая медицинская помощь	вызов	X	X		X		X	X
- амбулаторная помощь	посещение	X	X		X		X	X
- стационарная помощь	к/день	X	X		X		X	X
- в дневных стационарах	пациенто-день	X	X		X		X	X
III. Медицинская помощь в рамках территориальной программы ОМС:		X	X	X		X		
- скорая медицинская помощь (сумма строк 26+31)	вызов			X		X		X
- амбулаторная помощь	21.1	посещение с профилактической целью						
	21.2	посещение по неотложной медицинской помощи						
	21.3	обращение						
сумма строк 27.1+32.1								
сумма строк 27.2+32.2								
сумма строк 27.3+32.3								
- стационарная помощь (сумма строк 28 + 33)	к/день			X		X		X
- в дневных стационарах (сумма строк 29 + 34)	пациенто-день			X		X		X
- затраты на АУП в сфере ОМС*** из строки 19:		X	X	X		X		X
1. Медицинская помощь, предоставляемая в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам		X	X	X		X		
- скорая медицинская помощь	вызов			X		X		X
- амбулаторная помощь	27.1	посещение с профилактической целью						
	27.2	посещение по неотложной медицинской помощи						
- стационарная помощь	обращение			X		X		X
28	к/день			X		X		X

1	2	3	4	5	6	7	8	9
- в дневных стационарах	пациенто- день			X		X		X
2. Медицинская помощь по видам и заболеваниям сверх базовой программы:		X	X	X		X		
- скорая медицинская помощь	вызов посещение с профилакти- ческой целью посещение по неотложной медицинской помощи			X		X		X
- амбулаторная помощь	32.1							
	32.2							
	32.3							
- стационарная помощь	к/день			X		X		X
- в дневных стационарах	пациенто- день			X		X		X
ИТОГО (сумма строк 01 + 14 + 19)		X	X					100

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

** указываются средства консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на содержание медицинских организаций, работающих в системе ОМС, сверх уплачиваемых страховых взносов на неработающее население и передаваемые в бюджет территориального фонда ОМС в виде межбюджетных трансфертов

*** затраты на АУП ТФОМС и СМО

Рекомендуемые объемы медицинской помощи в стационарных условиях и паллиативной медицинской помощи по профилям медицинской помощи*

Профиль медицинской помощи**	Рекомендуемое число случаев госпитализации (на 1000 жителей в год)			Используемая при расчете средняя длительность пребывания 1-ого больного в стационаре (дней)	Рекомендуемое число койко-дней (круглосуточного пребывания) на 1000 жителей		
	Всего	в том числе для			Всего	в том числе для	
		взрослых	детей			взрослых	детей
Кардиология	7,8	7,47	0,33	12,7	99,06	94,88	4,18
Ревматология	1,2	1,15	0,05	14,7	17,64	16,95	0,69
Гастроэнтерология	2,7	2,12	0,58	11,8	31,86	25,05	6,81
Пульмонология	2,7	2,22	0,48	11,2	30,24	24,91	5,33
Эндокринология	2	1,85	0,15	11,5	23,00	21,26	1,74
Нефрология	1,4	0,89	0,51	12,2	17,08	10,84	6,24
Гематология	0,9	0,69	0,21	15,0	13,50	10,37	3,13
Аллергология и иммунология	0,5	0,44	0,06	9,3	4,65	4,09	0,56
Педиатрия	12,1		12,10	9,5	114,95		114,95
Терапия	21,8	21,80		10,4	226,72	226,72	-
Неонатология	2,1		2,10	24,4	51,24		51,24
Травматология и ортопедия (травматологические койки)	7,6	6,79	0,81	11,9	90,44	80,85	9,59
Травматология и ортопедия (ортопедические койки)	1,2	0,96	0,24	14,3	17,16	13,66	3,50
Урология (детская урология-андрология)	4,1	3,80	0,30	9,2	37,72	34,97	2,75
Нейрохирургия	3,2	2,95	0,25	9,9	31,55	29,13	2,42
Хирургия (комбустиология)	0,4	0,29	0,11	17,2	6,88	5,05	1,83
Челюстно-лицевая хирургия, стоматология	1,1	0,89	0,21	8,1	8,91	7,23	1,68
Торакальная хирургия	0,6	0,56	0,04	13,1	7,86	7,31	0,55
Колопроктология	0,6	0,56	0,04	9,8	5,88	5,50	0,38
Сердечно-сосудистая хирургия (кардиохирургические койки)	1,3	1,20	0,10	11	14,30	13,19	1,11
Сердечно-сосудистая хирургия (койки сосудистой хирургии)	1,8	1,75	0,05	12,7	22,86	22,26	0,60
Хирургия (абдоминальная, трансплантация органов и (или) тканей, костного мозга, пластическая хирургия)	22,6	20,34	2,26	8,4	189,84	170,83	19,01
Онкология, радиология и радиотерапия	8,1	7,84	0,26	13,1	106,11	102,71	3,40
Акушерство и гинекология	18	17,89	0,11	6,1	109,80	109,15	0,65
Оториноларингология	5,1	3,40	1,70	6,7	34,17	22,78	11,39
Офтальмология	4,5	3,83	0,67	7,4	33,30	28,32	4,98
Неврология	9,5	8,68	0,82	12,6	119,70	109,35	10,35
Дерматовенерология (дерматологические койки)	1,7	1,38	0,32	11,3	19,21	15,59	3,62
Инфекционные болезни	14,9	7,46	7,44	7,5	111,75	55,95	55,80
Акушерство и гинекология (койки для беременных и рожениц)	7,8	7,80		6,5	50,70	50,70	
Акушерство и гинекология (койки патологии беременности)	5	5,00		9,5	47,50	47,50	
Медицинская реабилитация	1,7			17,5	30,00		
Всего по базовой программе ОМС	176,0	142,24	33,77	9,8	1725,6		
Психиатрия	5,6	4,53	1,07	79,1	442,96	417,74	25,22
Наркология, психиатрия- наркология	8,6	8,11	0,49	17,7	152,22	149,12	3,10
Фтизиатрия	1,6	1,57	0,03	93,8	150,08	135,25	14,83
Дерматовенерология (венерологические койки)	0,6	0,54	0,06	17,9	10,74	9,31	1,43
Всего за счет средств соответствующих бюджетов	21,0			36,0	756,0	711,4	44,6
Всего по медицинской помощи в стационарных условиях	197,0			12,6	2481,6		
Паллиативная медицинская помощь (койки паллиативные, сестринского ухода)	3,1			30,0	92,00		
Итого за счет средств соответствующих бюджетов	24,1			35,2	848,0	711,4	44,6
Итого	200,1				2573,6		

*) 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"

Рекомендуемое число посещений с профилактической целью по специальностям

Специальности	Число посещений на 1 000 жителей		
	Всего	в том числе для	
		взрослых	детей
Кардиология и ревматология	8,8		8,8
Педиатрия	271,7		271,7
Терапия	149,7	149,7	
Эндокринология	25,5	25,4	0,1
Аллергология и иммунология	0,2		0,2
Неврология	18,7		18,7
Инфекционные болезни	1,5		1,5
Хирургия	60,9	33,8	27,1
Детская урология-андрология	2,2		2,2
Стоматология	118,5	55,3	83,2
Акушерство и гинекология	234,3	234,3	
Оториноларингология	58,3		58,3
Офтальмология	68,1		68,1
Дерматология	41,6		41,6
Посещения центров здоровья	80	59,8	40,2
Посещения к среднему медицинскому персоналу	230		
Разовые посещения по поводу заболевания	600		
Посещения по неотложной медицинской помощи	460		
Всего посещений по базовой программе ОМС	2730		
Посещения при заболеваниях, не входящих базовую программу ОМС, включая посещения с профилактической целью и по паллиативной медицинской помощи	500		
Итого	3230		

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

Специальности	Число пациенто-дней на 1 000 жителей		
	Всего	в том числе для	
		взрослых	детей
Кардиология и ревматология	9,7	8,5	1,2
Педиатрия	175,6		175,6
Терапия	155,7	155,7	
Эндокринология	1,7	1,3	0,4
Аллергология и иммунология	1,6	0,2	1,4
Неврология	46	29,4	16,6
Инфекционные болезни	5	1,3	3,7
Хирургия	47,5	34,1	13,4
Урология	2,2	1,9	0,3
Стоматология	0,6	0,4	0,2
Акушерство и гинекология	60,7	56,8	3,9
Оториноларингология	10,2	4,3	5,9
Офтальмология	8,2	4,1	4,1
Дерматология	25,3	15,2	10,1
Всего пациенто-дней по базовой программе ОМС	550,0	313,2	236,8
Психиатрия	72	39,7	32,3
Наркология	9,2	9,2	
Фтизиатрия	31,8	21,8	5
Венерология	2	0,9	1,1
Всего пациенто-дней за счет средств соответствующих бюджетов	115	72,5	39,5
Итого	665,0	385,7	276,3

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

1.1. Определение абсолютного количества коек (К):

$$K = \frac{(N_{к/д} \times H)}{D} + \frac{(N_{к/д \text{ пал}} \times H)}{D_1}, \text{ где:}$$

$N_{к/д}$ – число койко-дней, равное произведению норматива случаев госпитализации на 1 жителя, утвержденного территориальной программой государственных гарантий, на средние сроки лечения 1-го больного в стационаре;

$N_{к/д \text{ пал}}$ – норматив числа койко-дней на 1 жителя для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях, утвержденный территориальной программой государственных гарантий;

H – численность населения;

D – среднегодовая занятость койки

D_1 – среднегодовая занятость койки паллиативного лечения.

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):

$$D = 365 \text{ дней в году} - t_r - (t_0 \times F), \text{ где:}$$

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_0 – простой койки в связи с оборотом койки, т.е. время необходимое на санацию койки после выписки и приема больного и время ожидания госпитализации (1,0 для всех профилей; кроме: фтизиатрических – 3; акушерских, – 2,5 - 3; инфекционных – 3; коек для абортот – 0,5 и т.п.);

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

1.3. Определение планового оборота койки (F):

$$F = \frac{365 - t_r}{T + t_0}, \text{ где}$$

T – средние сроки лечения.

Пример: расчет необходимого числа коек терапевтического профиля.
 $T = 14,6$ дней; $N = 1\ 000\ 000$ человек; $t_r = 10,0$ дней; $t_0 = 1,0$ день,
 $N_{к/д} = 353,32$ койко-дня на 1000 жителей.

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

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

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

2. Определение потребности в медицинском персонале

2.1. Медицинская помощь в стационарных условиях

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

Таблица 7.1

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

Профиль медицинской помощи*	Число коек на 1 врачебную должность	Число коек на 1 пост медицинских сестер
Кардиология	15	15
Детская кардиология	15	15
Сердечно-сосудистая хирургия (кардиохирургические койки)	7	10
Сердечно-сосудистая хирургия (койки сосудистой хирургии)	12	15
Ревматология	15	15
Гастроэнтерология	15	15
Пульмонология	15	15
Эндокринология	15	15
Детская эндокринология	15	15
Нефрология	12	15
Гематология	10	10
Аллергология и иммунология	20	20
Травматология	17	20
Ортопедия	15	15
Урология	15	15
Детская урология-андрология	10	15
Нейрохирургия	12	15
Челюстно-лицевая хирургия	15	15
Стоматология детская	15	15
Торакальная хирургия	12	15
Онкология	10	15
Детская онкология	6	6
Проктология	15	15

Хирургия	12	15
Хирургия (комбустиология)	12	15
Детская хирургия	10	15
Патология беременности	12	15
Гинекология	12	15
Оториноларингология	12	15
Офтальмология	20	20
Офтальмология для детей	10	15
Неврология	15	20
Терапия	15	15
Педиатрия	15	15
Инфекционные болезни	20	10
Инфекционные болезни для детей	15	15
Неонатология	10	5
Акушерство и гинекология	15	10
Акушерское дело (койки патологии беременности)	12	15
Дерматовенерология	15	15
Фтизиатрия	20	20

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

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

2.2. Медицинская помощь в амбулаторных условиях

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

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

V – число врачебных должностей;

П – утвержденный норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, на одного жителя в год**);

Н – численность населения;

Ф – функция врачебной должности (плановое число посещений на 1 врачебную должность в год).

**) Норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, на одного жителя в год (П) складывается из суммы утвержденных территориальной программой государственных гарантий норматива

посещений с профилактической и иными целями, норматива посещений в неотложной форме и произведения утвержденного территориальной программой государственных гарантий норматива обращений в связи с заболеваниями на кратность посещений по поводу одного заболевания.

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

При расчете общей потребности в медицинском персонале для реализации территориальной программы государственных гарантий необходимо учитывать также потребность в медицинском персонале для оказания **скорой, в том числе скорой специализированной (санитарно-авиационной) медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.**

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

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

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

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

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

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

P_f - фактическое число посещений;

P_n - плановое, нормативное число посещений.

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

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

$$K_r = \frac{O_f}{O_n}, \text{ где:}$$

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

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

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

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

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

K_s – коэффициент целевого использования коечного фонда,

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

U_o – общее количество госпитализированных больных

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

$$K_э = K_r \times K_s$$

Экономический ущерб определяется по формуле:

$$У = Ф \times (1 - K_э) \text{ где:}$$

$У$ – экономический ущерб в рублях

$Ф$ – сумма финансовых средств, затрачиваемых на содержание всего коечного фонда

$K_э$ – коэффициент экономической эффективности использования коечного фонда

При отсутствии данных о нормативах деятельности стационара принимаются значения среднегодовой занятости койки – 330 дней, средних сроков лечения – 12,1 дней и оборота койки – 27,3 больных за год.

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

Для этого сумма фактических расходов поликлиники ($Ф_p$) и стационара ($Ф_c$) сравнивается с утвержденными суммами расходов по поликлинике ($П_p$) и стационару ($П_c$)

$$K_p = \frac{Ф_p}{П_p} \qquad K_c = \frac{Ф_c}{П_c}$$

Эффективной следует считать деятельность поликлиники и стационара, если K_p и K_c ниже K_v и $K_э$.

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

$K_э = 0,7$ и $K_c = 0,9$. Стационар работает неэффективно, поскольку при финансовом обеспечении 90% коечный фонд используется лишь на 70%.