О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов

1. Органы государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 7 декабря 2019 г. № 1610 (далее – Программа), разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – территориальная программа), включающие в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования.

Стоимость территориальной программы 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 по форме, в соответствии с приложениями 1 и 2 к настоящим разъяснениям.

Территориальные нормативы объема и финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, и средств обязательного медицинского страхования формируются в соответствии с Программой 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, а также в табличной форме в приложении к ней.

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 медицинских организаций. Рекомендуется установление распределения медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы, 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;

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 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.

Отнесение медицинской организации к третьему уровню оказания медицинской помощи осуществляется при соблюдении лицензионных требований, предъявляемых к медицинским организациям, оказывающим высокотехнологичную медицинскую помощь в соответствии с пунктом 4 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 16 апреля 2012 г. № 291 и в случае распределения комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации (далее – Комиссия) объема на оказание высокотехнологичной медицинской помощи.

Разъяснения по оплате медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, в том числе применение коэффициента уровня оказания медицинской помощи представлены в Методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (совместное письмо от 12 декабря 2019 г. Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-7/И/2-11779 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 17033/26-2/и) (далее – Методические рекомендации).

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) распределение медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде и новорожденным, осуществляется по группам.

Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы, в том числе территориальной программы обязательного медицинского страхования, и перечень медицинских организаций проводящих профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию, является приложением к территориальной программе и включает полный пронумерованный перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы, 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 (далее – базовая программа), застрахованным лицам осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования, в части видов медицинской помощи и по заболеваниям, не входящим в базовую программу – 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, 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 с Министерством обороны Российской Федерации договора об обучении в военном учебном центре при федеральной государственной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки или в военной образовательной организации высшего образования по 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) и средств обязательного медицинского страхования (в части видов медицинской помощи и по заболеваниям, входящим в базовую программу).

При проведении обязательных диагностических исследований учитываются результаты таких исследований, проведенных застрахованным лицам, в том числе 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, 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 с Министерством обороны Российской Федерации договора об обучении в военном учебном центре при федеральной государственной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки или в военной образовательной организации высшего образования по 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 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 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.

Территориальная программа должна быть сбалансирована по видам, формам и условиям оказания медицинской помощи, так, например, сокращение объема специализированной медицинской помощи в стационарных условиях должно сопровождаться увеличением объема медицинской помощи в условиях дневного стационара, а сокращение объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации – увеличением объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме.

4. Методические подходы к формированию территориальной программы, в том числе к установлению органами государственной власти субъектов Российской Федерации дифференцированных нормативов объема и финансового обеспечения медицинской помощи с учетом региональных особенностей

Основой формирования территориальной программы является потребность населения в медицинской помощи, предоставляемой на бесплатной основе.

На первом этапе при формировании территориальной программы рассчитываются и устанавливаются дифференцированные нормативы объема медицинской помощи с учетом региональных особенностей.

Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – законодательство в сфере охраны здоровья) определены виды, условия и формы оказания медицинской помощи. Средние нормативы объема медицинской помощи и средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи установлены Программой преимущественно по условиям оказания медицинской помощи, а также по ее видам (для скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи) и формам (для медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме).

В целях определения потребности населения в объемах медицинской помощи по видам и условиям ее оказания необходимо провести анализ показателей здоровья населения, включая медико-демографические показатели и показатели уровня и структуры заболеваемости населения, основанных на данных медицинской статистики, а также фактического выполнения объема медицинской помощи по видам и условиям ее оказания в динамике не менее чем за 3 предыдущих года по данным формы федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению» (далее – форма № 62) и иных форм статистического наблюдения.

По данным Росстата на 1 января 2019 г. в структуре населения Российской Федерации женщины составляют 53,6 %, мужчины – 46,4 %, дети (в возрасте от нуля до семнадцати лет включительно) – 20,6 %, взрослые (в возрасте 18 лет и старше) – 79,4 %, лица в возрасте 65 лет и старше – 15,0 %.

В случае если половозрастная структура населения (застрахованных лиц) в субъекте Российской Федерации аналогична среднероссийской, при формировании территориальной программы могут быть использованы нормативы Программы.

Обоснование территориальных дифференцированных нормативов объема медицинской помощи на 1 жителя/застрахованное лицо осуществляется с учетом региональных особенностей, при этом Программой субъектам Российской Федерации дано право на основе перераспределения объемов

медицинской помощи по видам, условиям и формам ее оказания устанавливать дифференцированные нормативы объема медицинской помощи на 1 жителя/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, учитывая приоритетность финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи.

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 и передвижных форм оказания медицинской помощи.

Нормативы объема медицинской помощи по видам и условиям ее предоставления по территориальной программе устанавливаются раздельно в части финансового обеспечения за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации и средств обязательного медицинского страхования в рамках территориальной 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, уровня 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, Владимирской области, Ивановской области, Костромской области, Липецкой области, Московской области, Орловской области, Тамбовской области, Тверской области, г. Москвы, Ненецкого автономного округа, Вологодской области, Ленинградской области, Мурманской области, Новгородской области, Республики Адыгея, Республики Калмыкия, Краснодарского края, Астраханской области, Республики Дагестан, Республики Ингушетия, Карачаево-Черкесской Республики, Республики Северная Осетия-Алания, Чеченской Республики, Ставропольского края, Республики Мордовия, Чувашской Республики, Нижегородской области – в размере 0,7;

Брянской области, Калужской области, Рязанской области, Смоленской области, Ярославской области, Республики Карелия, Республики Коми, Калининградской области, Псковской области, г. Санкт-Петербурга, Ростовской области, Республики Башкортостан, Республики Марий Эл,

Республики Татарстан, Кировской области, Пензенской области, Ханты-Мансийского автономного округа – Югры – в размере 0,8;

Воронежской области, Курской области, Тульской области, Архангельской области, Волгоградской области, Кабардино-Балкарской Республики, Самарской области, Саратовской области, Республики Алтай, Тюменской области, Томской 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, на 2020 год с учетом рекомендуемых коэффициентов дифференциации объема медицинской помощи представлены в приложении 4 к настоящим разъяснениям.

В части медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, субъекту Российской Федерации рекомендуется устанавливать дифференцированные нормативы объема предоставления медицинской помощи в расчете на 1 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, с учетом объема медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта 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 на основе распределения объема медицинской помощи для медицинских организаций первого, второго и третьего уровней системы организации медицинской помощи в субъекте Российской Федерации, а также с учетом объема медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации.

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».

На втором этапе устанавливаются нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, при этом учитываются параметры заработной платы работников, занятых в сфере здравоохранения, а также увеличение расходов на другие статьи расходов.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов устанавливаются с учетом региональных особенностей и обеспечивают выполнение расходных обязательств субъектов Российской Федерации, в том числе в части заработной платы медицинских работников.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования устанавливаются с учетом коэффициента дифференциации, рассчитанного в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 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» (далее – коэффициент дифференциации)

На третьем этапе рассчитываются подушевые показатели расходов по каждому виду медицинской помощи как произведение норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и норматива объема медицинской помощи по каждому виду (условиям оказания) медицинской помощи в разрезе источников финансового обеспечения. Затем путем суммирования подушевых расходов по видам и условиям оказания медицинской помощи рассчитываются подушевые нормативы финансирования территориальной программы за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и средств обязательного медицинского страхования.

Подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов устанавливается с учетом региональных особенностей и обеспечивают выполнение расходных обязательств субъектов Российской Федерации, в том числе в части заработной платы медицинских работников. Установление размера подушевого норматива финансирования территориальной программы выше среднего подушевого норматива Программы с учетом региональных особенностей, относится к полномочиям субъекта Российской Федерации.

Указанный подушевой норматив включает в том числе расходы на оказание прочих видов медицинских и иных услуг в медицинских организациях, деятельность которых не может быть измерена объемами медицинской помощи (в соответствии с разделом V Программы). Размер этих расходов определяется на основе статистических данных с учетом параметров прогноза социально-экономического развития на соответствующий год.

Подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет средств обязательного медицинского страхования устанавливается с учетом коэффициента дифференциации.

В целях организации обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации подушевой норматив финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, включает расходы на организацию осуществления полномочий Российской Федерации, переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации (средства на административно-управленческие расходы системы обязательного медицинского страхования), которые планируются как сумма расходов на ведение дела страховых медицинских организаций и расходов на обеспечение выполнения территориальным фондом обязательного медицинского страхования своих функций, установленных законом о бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования.

На четвертом этапе *определяется стоимость территориальной программы,* включая средства соответствующих бюджетов и средства обязательного медицинского страхования, и рассчитывается доля расходов на оказание медицинской помощи в разрезе видов (условий оказания) в общих расходах на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы.

При формировании и определении стоимости территориальной программы на 2020 год за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов учитывается численность населения субъекта Российской Федерации по прогнозу Росстата на 1 января 2020 года, при формировании территориальной программы обязательного медицинского страхования – численность застрахованных лиц на 1 января 2019 года.

Размер бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов на реализацию территориальной программы на 2020 год определяется исходя из величины подушевого норматива финансирования за счет средств соответствующих бюджетов, установленного территориальной программой, и численности населения субъекта Российской Федерации.

В случае утверждения территориальной программы с дефицитом ее финансового обеспечения за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов на 2020 год необходимо в срок до 15 января 2020 г. представить в Минздрав России:

- информацию о размере:

утвержденных бюджетных ассигнований (за исключением взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения), направляемых на реализацию территориальной программы в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования (с выпиской из Закона субъекта Российской Федерации о бюджете субъекта Российской Федерации);

дефицита финансового обеспечения территориальной программы с обоснованием его расчета и указанием численности населения субъекта Российской Федерации, которая использована при расчетах;

- график ликвидации указанного дефицита.

Для определения стоимости территориальной программы обязательного медицинского страхования в части базовой программы обязательного медицинского страхования необходимо величину среднего подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного Программой на 2020 год (12 699,2 руб.) умножить на коэффициент дифференциации и на численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации по состоянию на 1 января 2019 года.

Стоимость территориальной программы обязательного медицинского страхования не включает средства на обеспечение выполнения территориальными фондами обязательного медицинского страхования своих функций.

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 лицам, которым выдан полис обязательного медицинского страхования (застрахованным) в иных субъектах Российской Федерации, средства на финансовое обеспечение мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования, а также средства на финансовое обеспечение мероприятий по ликвидации кадрового дефицита и на стимулирование медицинских работников за выявление в ходе проведения диспансеризации населения онкологических заболеваний.

В целях обоснования территориальных дифференцированных нормативов объема медицинской помощи и ее финансирования для последующего утверждения в рамках территориальной программы следует обеспечить учет и провести анализ показателей по видам медицинской помощи.

4.1 Первичная медико-санитарная помощь

В соответствии законодательством в сфере охраны здоровья первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Программой предусмотрена приоритетность финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

4.1.1. Для первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, устанавливаются:

- для медицинской помощи, оказываемой с профилактической и иными целями:

за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов:

территориальный норматив объема медицинской помощи с профилактической и иными целями, включающий нормативы объема для паллиативной медицинской помощи;

за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования:

территориальный норматив комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров (включающий 1-е посещение в году для проведения диспансерного наблюдения);

территориальный норматив комплексных посещений для проведения диспансеризации;

территориальный норматив посещений с иными целями;

- для медицинской помощи, оказываемой в связи с заболеваниями:

территориальные нормативы обращений в связи с заболеваниями *(за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, а также средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования);*

территориальные нормативы в связи с проведением отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) (*за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования*)

- для медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования:

территориальный норматив посещений в неотложной форме.

Учет посещений и обращений осуществляется на основе учетной формы № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утвержденной приказом Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 834н (далее – Талон).

Территориальный норматив комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров за счет средств обязательного медицинского страхования, устанавливается с учетом показателя федерального

проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» по субъекту Российской Федерации (за исключением предварительных и периодических медицинских осмотров работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда).

Обоснование территориальных нормативов объемов комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации приводится в таблице согласно приложению 5 к настоящим разъяснениям и представляется в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.

Средний норматив объемов комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних учитывает 1,58 посещения. При установлении территориального норматива комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров учитывают сложившуюся в субъекте Российской Федерации кратность посещений при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, отражаемую в указанной таблице.

Территориальный норматив комплексных посещений для проведения диспансеризации включает комплексные посещения в рамках 1-го этапа диспансеризации. В отношении лиц, находящихся в стационарных организациях социального обслуживания, диспансеризация проводится с привлечением близлежащих медицинских организаций.

Территориальные нормативы комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации устанавливаются с учетом приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации:

от 13 марта 2019 г. № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (зарегистрирован Минюстом России 24 апреля 2019 г., № 54495),

от 10 сентября 2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (зарегистрирован Минюстом России 18 августа 2017 г., № 47855);

от 15 февраля 2013 г. № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (зарегистрирован Минюстом России 2 апреля 2013 г., № 27964);

от 11 апреля 2013 г. № 216н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» (зарегистрирован Минюстом России 21 мая 2013 г., № 28454).

Посещения с иными целями включают:

посещения для проведения диспансерного наблюдения граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных

и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений);

посещения для проведения 2 этапа диспансеризации,

разовые посещения в связи с заболеваниями,

посещения центров здоровья,

посещения медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;

посещения центров амбулаторной онкологической помощи;

посещения в связи выдачей справок и иных медицинских документов и другими причинами.

Объем посещений для проведения диспансерного наблюдения рассчитывается на основе численности лиц, состоящих под диспансерным наблюдением при отдельных заболеваниях и состояниях в соответствии с нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации с учетом численности указанной категории граждан в соответствии с формой федерального статистического наблюдения № 30 Сведения о медицинской организации». В отношении лиц, находящихся в стационарных организациях социального обслуживания, при наличии хронических заболеваний проводится диспансерное наблюдение в соответствии с утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации порядками оказания медицинской помощи.

Объем медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической и иными целями, на 2020 год рекомендуется обосновать в разрезе видов посещений и включить обоснование в виде приложения к территориальной программе в соответствии с формой, представленной в приложении 6 к настоящим разъяснениям.

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

- впервые обратившихся граждан в отчетном году для проведения комплексного обследования;

- 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.

Объем 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, формируется на основе реестров счетов, заполненных в

соответствии с Международной статистической классификацией 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).

Средний норматив объема медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме за счет средств обязательного медицинского страхования, включает в том числе посещения на дому.

Обращение по поводу заболевания – это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичных и повторных посещений), включающий лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона только при последнем посещении больного по данному поводу. На 2020 год средняя кратность посещений в связи с заболеванием в одном обращении составляет 2,9 посещения.

Субъекты Российской Федерации устанавливают территориальные нормативы объема и финансовых затрат на единицу объема в связи с проведением отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний) с учетом применения различных видов и методов исследований систем, органов и тканей человека, обусловленного заболеваемостью населения, в связи с чем эти нормативы могут быть обоснованно ниже или выше средних нормативов, установленных Программой.

Средний норматив объема молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний (0,0007 на 1 застрахованное лицо) – это комплексное исследование одной зоны интереса биопсийного (операционного и диагностического) материала с постановкой всех необходимых тестов для данного вида опухоли в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению онкологических заболеваний.

Средний норматив гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний (0,0501 на 1 застрахованное лицо) - это прижизненное патолого-анатомическое исследование в амбулаторных условиях макро - и микроскопических изменений фрагментов тканей, органов с учетом следующих критериев учета:

при вырезке, проводке и микротомии - по числу объектов (объектом является один тканевой образец, залитый в один парафиновый или замороженный блок) с последующим описанием материала в соответствии с необходимыми требованиями;

при окраске микропрепаратов (постановке реакций, определений) - по числу объектов, обработанных одной окраской (реакцией, определением) с последующим описанием материала в соответствии с необходимыми требованиями;

при пересмотре – описание представленного из одной зоны интереса биопсийного (операционного и диагностического) материала вне зависимости от объема и количества.

Все гистологические исследования осуществляются в целях выявления, подтверждения или уточнения онкологического заболевания.

Иммуно-гистохимические и гистохимические исследования не включены в установленные нормативы отдельных диагностических (лабораторных) исследований.

Средний норматив финансовых затрат на 1 молекулярно-генетическое исследование с целью выявления онкологических заболеваний (15000 рублей) рассчитан как средневзвешенная стоимость одного комплексного исследования и включает расходы на оплату транспортных услуг в целях доставки диагностического материала к месту исследования и расходы на хранения образца.

Средний норматив финансовых затрат на 1 гистологическое исследование с целью выявления онкологических заболеваний (575,1 рубля) рассчитан как средневзвешенная стоимость одного гистологического исследования.

В рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования с целью эффективного расходования финансовых средств необходимо разработать дифференцированные тарифы на отдельные услуги в зависимости:

для молекулярно-генетических исследований: от вида опухоли и необходимого количества применяемых тестов;

для гистологических исследований: от вида исследований и с учетом указанных критериев.

При определении нормативов финансовых затрат на проведение лабораторных и диагностических исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) учитываются различия в стоимости медицинских услуг, связанные с уровнем заболеваемости застрахованных лиц, в том числе по профилям оказания медицинской помощи, необходимостью применения выездных форм оказания медицинской помощи, применением расходных материалов и медицинского оборудования, особенности маршрутизации пациентов в субъекте Российской Федерации, а также за его пределами в рамках межтерриториальных расчетов. При этом Программой субъектам Российской Федерации дано право устанавливать нормативы финансовых затрат на указанные исследования с учетом вышеназванных особенностей. Обоснование установленных

в территориальной программе нормативов финансовых затрат на отдельные диагностические и лабораторные исследования за счет средств обязательного медицинского страхования приводится в таблице согласно приложению 7 к настоящим разъяснениям и представляется в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) осуществляется врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, при наличии медицинских показаний.

Порядок направления на такие исследования устанавливается нормативным правовым актом органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

Страховые медицинские организации осуществляют контроль за назначением, направлением на проведение и выполнением отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В целях проведения указанного контроля медицинская организация обеспечивает доступ представителей страховой медицинской организации на территорию и в помещение медицинской организации, а также к необходимой медицинской документации.

При установлении объема медицинской помощи, оказываемой врачами-педиатрами участковыми, врачами-терапевтами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами), следует учитывать дифференциацию потребления медицинской помощи прикрепленным населением 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.

В случае установления государственного (муниципального) задания врачебно-физкультурным диспансерам и другим медицинским организациям, предоставляющим медицинские и иные услуги в рамках территориальной программы, измеряемого в посещениях с профилактической и иными целями, выполненный этими медицинскими организациями объем медицинской помощи может включаться в объем медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях за счет средств соответствующих бюджетов в целом по субъекту Российской Федерации.

Установленные Программой средние нормативы финансовых затрат на 2020 год на 1 комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров (1 782,2 рубля), на 1 комплексное посещение для проведения диспансеризации (2 048,7 рубля), включают в том числе расходы на проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации мобильными медицинскими бригадами, а также проведение указанных мероприятий в выходные дни.

Субъект Российской Федерации может устанавливать территориальные нормативы финансовых затрат на 1 комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации как без учета расходов на оказание медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами так и с учетом указанных расходов.

В рамках подушевых нормативов финансового обеспечения территориальной программы за счет бюджетных ассигнований соответствующего бюджета и средств обязательного медицинского страхования субъект Российской Федерации может устанавливать дифференцированные нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в амбулаторных условиях с учетом особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, уровня и структуры заболеваемости населения, а также климатических и географических особенностей регионов.

В случаях оказания медицинских услуг с применением мобильных медицинских комплексов на территории субъекта Российской Федерации тарифным соглашением устанавливаются тарифы на медицинские услуги с применением мобильных медицинских комплексов, которые могут включать командировочные расходы, в том числе расходы на проезд к месту служебной командировки и обратно воздушным транспортом (при необходимости, с учетом особенностей транспортной доступности субъекта Российской Федерации), а в случаях отсутствия указанных услуг на территории субъекта Российской Федерации тарифные соглашения содержат информацию об их отсутствии.

Особенности оплаты первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования представлены в Методических рекомендациях.

Для определения стоимости единиц объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рекомендуется использовать поправочные коэффициенты по основным специальностям, представленные в приложении 8 к настоящим разъяснениям.

Оплата медицинской помощи, оказываемой несовершеннолетним в период обучения и воспитания в образовательных организациях, осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования по подушевому нормативу в медицинских организациях, определенных органом государственной власти субъекта Российской Федерации.

Профилактические медицинские осмотры обучающихся в образовательных организациях, реализующих основные общеобразовательные программы, образовательные программы среднего профессионального образования, могут осуществляться в образовательной организации, в связи с чем дополнительно может быть установлен тариф на оплату профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в образовательных учреждениях.

Расчет соответствующих тарифов на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования производится исходя из расходов на проводимые осмотры врачами-специалистами, лабораторные, функциональные и иные исследования с учетом применения передвижных форм предоставления медицинских услуг. Оплата медицинских осмотров несовершеннолетних, в том числе профилактических медицинских осмотров, может осуществляться за законченный случай.

При планировании и учете объема гарантируемой стоматологической помощи застрахованным лицам по территориальной программе обязательного медицинского страхования учитываются как посещения с профилактической и иными целями, так и обращения в связи с заболеваниями. При этом учитывается кратность условных единиц трудоемкости (далее – УЕТ) в одном посещении, которая в среднем по Российской Федерации оставляет 4,2, число УЕТ в одном посещении с профилактической целью – 4,0, в одном обращении в связи с заболеванием (законченном случае лечения) – 9,4.

Для оплаты стоматологической медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, единицей объема следует считать посещение с профилактической 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 обязательного медицинского страхования на основе стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Финансовое обеспечение проведения медицинского осмотра и, при необходимости, медицинского обследования перед профилактическими прививками при осуществлении иммунопрофилактики, а также оказания медицинской помощи в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования, при возникновении поствакцинальных осложнений осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

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.

В территориальной программе устанавливается размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в зависимости от численности обслуживаемого ими населения: до 100 человек, от 100 человек до 899 человек, от 900 до 1 500 человек, от 1 500 человек до 2 000 человек и свыше 2 000 человек (информация согласно приложению 9 к настоящим разъяснениям представляется в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования).

При этом субъект Российской Федерации вправе устанавливать размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов с учетом покрытия всех расходов, предусмотренных тарифом на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, при условии соответствия материально-технической базы фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, их кадрового состава требованиям, установленным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

При определении размера финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих до 100 человек и свыше 2 000 человек, учитывается решение субъекта Российской Федерации о необходимости организации таких фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

4.1.2. Программой установлены средние нормативы объема и финансовых затрат для медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара в целом, без указания вида медицинской помощи.

В целях планирования первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, рекомендуется вести раздельный учет объема и финансового обеспечения медицинской помощи в условиях дневного стационара при оказании первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи с учетом источников ее финансового обеспечения.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается в дневном стационаре, являющемся структурным подразделением преимущественно медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно.

4.1.3. Подушевые расходы на оказание первичной медико-санитарной помощи включают подушевые расходы на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях для каждого из установленных нормативов объема и подушевые расходы на оказание первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара.

Указанные подушевые расходы для медицинской помощи, оказываемой амбулаторно, рассчитываются как произведение соответствующего норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и норматива объема медицинской помощи, для медицинской помощи в условиях дневного стационара – как произведение соответствующих расчетных показателей.

4.1.4. Финансовое обеспечение оказания первичной медико-санитарной помощи включает расходы на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях и расходы на оказание медицинской помощи в условиях дневного стационара, указанные расходы рассчитываются раздельно по источникам финансового обеспечения территориальной программы в соответствии со следующим алгоритмом:

а) в амбулаторных условиях:

- расчет планируемого (абсолютного) числа единиц объема (посещений с профилактической и иными целями, комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, посещений с иными целями; посещений в неотложной форме, обращений в связи с заболеваниями) как произведение соответствующего норматива объема на численность жителей/застрахованных лиц;

- расчет расходов для выполнения планируемых объемов медицинской помощи как произведение нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на планируемое (абсолютное) число единиц объема медицинской помощи в разрезе установленных нормативов объема;

- суммирование расходов.

Планирование объема и финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях осуществляется в соответствии с приложением 10 (строка 03, графы 7-18).

Расходы на оказание первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях также могут быть рассчитаны как произведение соответствующего показателя подушевых расходов на численность жителей/застрахованных лиц.

Справочно: расходы на оказание первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях не включают расходы на оказание паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях.

б) в условиях дневного стационара:

расчет расходов на оказание первичной медико-санитарной помощи определяется как произведение стоимости 1 случая лечения в дневном стационаре при оказании первичной медико-санитарной помощи на планируемое абсолютное число случаев лечения.

Планирование объема и финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара осуществляется в соответствии с приложением 10 (строка 03, графы 23-26).

Расходы на оказание первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара также могут быть рассчитаны как произведение соответствующего показателя подушевых расходов на численность жителей/застрахованных лиц.

На заключительном этапе осуществляется расчет и оценка доли расходов на оказание первичной медико-санитарной помощи (в том числе в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара), в общих расходах на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы (в разрезе источников финансового обеспечения (средства соответствующего бюджета и обязательного медицинского страхования) и в целом по территориальной программе).

4.2 Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь

В соответствии законодательством в сфере охраны здоровья специализированная медицинская помощь включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию. Специализированная медицинская помощь оказывается в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

4.2.1 Для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях устанавливается территориальный дифференцированный норматив случаев госпитализации (законченных случаев лечения в стационарных условиях);

Рекомендуемые показатели числа случаев госпитализации, средней длительности пребывания одного пациента в медицинской организации в стационарных условиях (дней) и числа койко-дней (круглосуточного пребывания) на 1000 жителей/застрахованных 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) представлены в приложении 11 к настоящим разъяснениям.

Если половозрастная структура населения (застрахованных лиц) в субъекте Российской Федерации отличается от среднероссийской, в территориальной программе необходимо скорректировать объем медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в разрезе отдельных профилей с помощью поправочных коэффициентов, учитывающих, в том числе особенности возрастного состава населения субъекта Российской Федерации.

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 19,5 % и взрослые 80,5 %, то поправочные коэффициенты составят: 0,947 для детского (19,5/20,6 = 0,947) и 1,014 для взрослого населения (80,5/79,4 =1,014).

Справочно: структуре населения Российской Федерации дети составляют – 20,6 %, взрослые – 79,4 %.

Скорректированное число случаев госпитализации определяется как отношение скорректированного числа койко-дней к средней длительности пребывания одного пациента в медицинской организации в стационарных условиях.

Пример расчета скорректированного с учетом поправочных коэффициентов числа койко-дней представлен в таблице 1.

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/застрахованных		
	в том числе для:		Всего
	взрослых	детей	
Рекомендуемое число койко-дней	104,0	4,0	108,0
Поправочный коэффициент	1,014	0,947	-
Скорректированное число койко-дней	105,46	3,79	109,25

Скорректированное число случаев госпитализации по профилю «кардиология» = 109,25/10,8 = 10,1 случая госпитализации на 1000 застрахованных.

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

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, корректируется по каждому профилю медицинской помощи, затем путем суммирования определяются нормативы объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в расчете на 1 жителя/застрахованное лицо.

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

4.2.2. В целях планирования специализированной медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, следует вести раздельный учет объема и финансового обеспечения медицинской помощи в условиях дневного стационара при оказании первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи с учетом источников ее финансового обеспечения по профилям медицинской помощи, а также уровням оказания медицинской помощи.

Специализированная медицинская помощь оказывается в дневном стационаре, являющемся структурным подразделением преимущественно круглосуточных стационаров и включает в том числе проведение врачами-специалистами оперативных вмешательств и лечение заболеваний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий.

Размер финансовых затрат на единицу объема специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара по профилям медицинской помощи определяется с учетом фактических затрат по клинико-профильным группам заболеваний (далее – КПГ), рассчитанных как средневзвешенные значения расходов по клинико-статистическим группам заболеваний (далее – КСГ) с применением коэффициентов относительной затратоемкости в соответствии с Методическими рекомендациями.

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

4.2.3. Подушевые расходы на оказание специализированной медицинской помощи включают подушевые расходы на оказание медицинской помощи в стационарных условиях и подушевые расходы на оказание медицинской помощи в условиях дневного стационара.

Указанные подушевые расходы для медицинской помощи, оказываемой стационарно, рассчитываются как произведение соответствующего норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и норматива объема медицинской помощи, для медицинской помощи в условиях дневного стационара – как произведение соответствующих расчетных показателей.

В рамках подушевых нормативов финансового обеспечения территориальной программы за счет бюджетных ассигнований соответствующего бюджета и средств обязательного медицинского страхования субъект Российской Федерации может устанавливать дифференцированные нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара с учетом особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, уровня и структуры заболеваемости населения, а также климатических и географических особенностей регионов.

4.2.4. Финансовое обеспечение оказания специализированной медицинской помощи включает расходы на оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и расходы на оказание специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара, указанные расходы рассчитываются раздельно по источникам финансового обеспечения территориальной программы в соответствии со следующим алгоритмом:

а) в стационарных условиях:

- расчет планируемого (абсолютного) числа случаев госпитализации по профилям медицинской помощи как произведение соответствующего числа случаев госпитализации на численность жителей/застрахованных лиц;

- расчет расходов для выполнения планируемых объемов медицинской помощи как произведение размера финансовых затрат на 1 случай госпитализации по профилям медицинской помощи на планируемое (абсолютное) число случаев госпитализации;

- суммирование расходов.

Планирование объема и финансового обеспечения специализированной медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется в соответствии с приложением 10 (строка 04, графы 19-22).

Расходы на оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях также могут быть рассчитаны как произведение соответствующего показателя подушевых расходов на численность жителей/застрахованных лиц.

б) в условиях дневного стационара:

расчет расходов на оказание специализированной медицинской помощи определяется как произведение стоимости 1 случая лечения в дневном стационаре при оказании специализированной медицинской помощи на планируемое абсолютное число случаев лечения.

Планирование объема и финансового обеспечения специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара осуществляется в соответствии с приложением 10 (строка 04, графы 23-26).

Расходы на оказание специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара также могут быть рассчитаны как произведение соответствующего показателя подушевых расходов на численность жителей/застрахованных лиц.

На заключительном этапе осуществляется расчет и оценка доли расходов на оказание специализированной медицинской помощи (в том числе в стационарных условиях и в условиях дневного стационара), в общих расходах на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы (в разрезе источников финансового обеспечения (средства соответствующего бюджета и обязательного медицинского страхования) и в целом по территориальной программе).

Территориальной программой обязательного медицинского страхования устанавливаются дифференцированные нормативы объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара по профилю «онкология», которые могут быть обоснованно выше или ниже соответствующих средних нормативов, установленных Программой, с учетом реальной потребности, обусловленной региональными особенностями, в том числе уровнем и структурой заболеваемости злокачественными новообразованиями, долей пациентов со злокачественными новообразованиями, выявленными на ранних и поздних стадиях заболевания, половозрастной структурой населения, долей сельского населения, транспортной доступностью медицинских организаций, плотностью населения, а также климатогеографическими особенностями региона.

Нормативы объема медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по профилю «онкология» включают объемы медицинской помощи и финансовые затраты, оказанные застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, которые необходимо планировать и учитывать при формировании нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования.

В территориальной программе устанавливается перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, который включает в том числе препараты для проведения химиотерапии.

Средние нормативы объема и нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по профилю «онкология», утвержденные Программой, включают случаи лечения пациентов (взрослые и дети) со злокачественными новообразованиями (C00-C97) и новообразованиями in situ (D00-D09), в том числе в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи. При этом в указанные нормативы включены все виды специфического противоопухолевого лечения: хирургическое лечение, лекарственная терапия (включая лечение фебрильной нейтропении, агранулоцитоза вследствие проведения лекарственной терапии, а также установку, замену порт системы (катетера) для лекарственной терапии), лучевая терапия, лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией.

Случаи госпитализации в диагностических целях с постановкой или подтверждением диагноза злокачественного новообразования, а также случаи лечения при злокачественных новообразованиях без специального противоопухолевого лечения включаются в нормативы объема медицинской помощи по профилю «онкология» в случае, если госпитализация

осуществлялась на специализированную койку по профилю «онкология». Кроме того, в норматив объема медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров по профилю «онкология», включены случаи госпитализации в диагностических целях с постановкой или подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ, а также в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования. Случаи госпитализации в рамках оказания медицинской помощи по иным профилям (в том числе «Терапия») не включаются в нормативы, установленные по профилю «онкология».

Оплата медицинской помощи в отделениях хирургического профиля, а также курсов химиотерапии, проводимых пациентам (взрослым и детям) с онкологическими заболеваниями, осуществляется на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций, 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 14 января 2019 г. № 4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» (зарегистрирован Минюстом России 26 марта 2019 г. № 54173), в части установления запрета на выписку рецептов на лекарственные препараты, которые в соответствии с инструкцией по медицинскому применению используются только в медицинских организациях).

Средний норматив объема медицинской помощи в условиях дневного стационара, установленный Программой, включает средний норматив медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении (далее - ЭКО), который в свою очередь включает в том числе проведение I этапа ЭКО, проведение I-III этапов ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов, полный цикл ЭКО без применения криоконсервации эмбрионов, полный цикл ЭКО с криоконсервацией эмбрионов, размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки. При этом хранение криоконсервированных эмбрионов осуществляется не за счет средств обязательного медицинского страхования.

Средний норматив финансовых затрат на 1 случай экстракорпорального оплодотворения, утвержденный Программой, соответствует стоимости полного цикла экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов, но представляет собой усредненную стоимость случая экстракорпорального оплодотворения с учетом проведения у части пациентов неполных циклов и проведения в отдельных случаях полного цикла с криоконсервацией эмбрионов.

Оптимальная длительность случая при проведении криопереноса составляет 1 день, в связи с чем указанные случаи могут быть оказаны как в условиях дневного стационара, так и в амбулаторных условиях (по решению субъекта Российской Федерации).

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 Методических рекомендациях.

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).

Финансовое обеспечение оказания высокотехнологичной медицинской помощи по разделу I Перечня, содержащего виды высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу, 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 медицинской помощи, установленным Программой.

Величина территориального норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи корректируется с учетом величины коэффициента дифференциации, по формуле, указанной в приложении 12 к настоящим разъяснениям.

В состав тарифа на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, включены расходы медицинских организаций на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь).

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 (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 (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.

4.3 Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь

В соответствии законодательством в сфере охраны здоровья скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях.

Территориальный норматив вызовов скорой медицинской помощи вне медицинской организации устанавливается 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 территориальных дифференцированных нормативов объема скорой медицинской помощи (на 1 застрахованное лицо в год) для Камчатского, Красноярского и Хабаровского краев, республик Коми, Тыва и Саха (Якутия), Мурманской, Томской и Тюменской областей, Ханты-Мансийского автономного округа в среднем 0,31 вызова, Новосибирской области и Еврейской автономной области – в среднем 0,32 вызова.

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

а) средств обязательного медицинского страхования (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами);

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 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.

Санитарно-авиационная эвакуация, осуществляемая воздушными судами, как работа (услуга) по транспортировке, не включена в базовую программу обязательного медицинского страхования, расходы на ее осуществление не включены в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную базовой программой обязательного медицинского страхования, и осуществляются за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации.

Установленный Программой средний норматив финансовых затрат за счет средств соответствующих бюджетов на 1 случай оказания медицинской помощи выездными бригадами скорой медицинской помощи при санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судам, не включает расходы на авиационные работы.

Время доезда до пациента бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме в отдельных административно-территориальных единицах субъекта Российской Федерации может превышать 20 минут с учетом транспортной доступности, плотности населения, а также климатических и географических особенностей, что должно быть установлено территориальной программой.

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 определяется исходя из среднего норматива объема скорой медицинской помощи, установленного Программой на 2020 год (0,29 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), 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.

Финансовое обеспечение оказания медицинской помощи в экстренной форме медицинскими работниками выездных бригад скорой медицинской помощи медицинской организации, в том числе в транспортном средстве, при заболеваниях, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

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 подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии. В реестры счетов на оплату медицинской помощи включаются все вызовы скорой медицинской помощи по установленным тарифам.

Подушевые расходы на оказание скорой медицинской помощи вне медицинской организации рассчитываются как произведение территориального норматива финансовых затрат на 1 вызов скорой медицинской помощи вне медицинской организации на территориальный норматив объема указанной медицинской помощи.

Расходы на оказание скорой медицинской помощи вне медицинской организации рассчитываются раздельно по источникам финансового обеспечения территориальной программы в соответствии со следующим алгоритмом.

- расчет планируемого (абсолютного) числа вызовов скорой медицинской помощи как произведение норматива вызовов на численность жителей/застрахованных лиц;

- расчет расходов для выполнения планируемых объемов скорой медицинской помощи как произведение размера финансовых затрат на 1 вызов на планируемое (абсолютное) число вызовов скорой медицинской помощи;

Финансовое обеспечение скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи включает расходы на оказание

указанной помощи вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях.

Планирование объема и финансового обеспечения скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в целом по территориальной программе осуществляется в соответствии с приложением 10 (строка 02, графы 3-6, 11-14, 19-22).

На заключительном этапе осуществляется расчет и оценка доли расходов на оказание скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, в общих расходах на территориальную программу в разрезе источников финансового обеспечения (средства соответствующего бюджета и обязательного медицинского страхования) и в целом по территориальной программе.

4.4 Паллиативная медицинская помощь

В соответствии законодательством в сфере охраны здоровья паллиативная медицинская помощь оказывается в амбулаторных условиях, в том числе на дому, и в условиях дневного стационара, стационарных условиях

4.4.1. В рамках территориальной программы устанавливаются территориальные нормативы объема для паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому, включающие нормативы объема для паллиативной медицинской помощи при осуществлении посещений на дому выездными патронажными бригадами.

При формировании территориальных программ нормативы объема паллиативной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в том числе при осуществлении посещений на дому выездными патронажными бригадами, должны быть обоснованы с учетом реальной потребности, обусловленной региональными особенностями, в том числе уровнем и структурой заболеваемости и смертности населения, половозрастной структурой населения, долей сельского населения, транспортной доступностью медицинских организаций, плотностью населения, а также климатогеографическими особенностями региона. При этом в субъекте Российской Федерации недопустимо снижение достигнутого за предыдущий период объема оказания паллиативной медицинской помощи, в том числе на дому.

Территориальной программой устанавливаются территориальные нормативы финансовых затрат на 1 посещение при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому (за исключением посещений на дому выездными патронажными бригадами), и на 1 посещение при оказании паллиативной медицинской помощи на дому выездными патронажными бригадами. Территориальный норматив финансовых затрат на 1 посещение при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях с учетом посещений на дому выездными патронажными бригадами может быть рассчитан как средневзвешенная величина вышеуказанных нормативов финансовых затрат.

Территориальный норматив финансовых затрат на 1 посещение при оказании паллиативной медицинской помощи на дому выездными патронажными бригадами включает расходы на заработную плату, начисления на оплату труда и прочие выплаты, приобретение лекарственных препаратов и материалов, применяемых в медицинских целях, транспортные услуги, прочие статьи расходов, Указанный норматив не включает расходы на оплату социальных услуг, оказываемых социальными работниками, и расходы для предоставления на дому медицинских изделий.

За счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, и их подразделения обеспечиваются необходимыми лекарственными препаратами, в том числе наркотическими лекарственными препаратами и психотропными лекарственными препаратами.

4.4.2. Территориальные нормативы объема для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях, включающие объем этой медицинской помощи на койках паллиативной медицинской помощи и койках сестринского ухода, могут устанавливаться с учетом рекомендуемых коэффициентов дифференциации объема медицинской помощи, представленных в приложении 4 к настоящим разъяснениям.

В территориальной программе могут быть установлены территориальные нормативы объема и финансового обеспечения паллиативной медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.

4.4.3. Подушевые расходы на оказание паллиативной медицинской помощи включают подушевые расходы на оказание паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях и подушевые расходы на оказание паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара (при наличии соответствующих территориальных нормативов).

Указанные подушевые расходы рассчитываются как произведение соответствующих нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и нормативов объема медицинской помощи.

4.4.4.Финансовое обеспечение оказания паллиативной медицинской помощи включают расходы на оказание паллиативной медицинской помощи в амбулаторных, стационарных условиях и условиях дневного стационара (при наличии соответствующих территориальных нормативов) и рассчитываются в соответствии со следующим алгоритмом:

а) в амбулаторных условиях:

- расчет планируемого (абсолютного) числа посещений для паллиативной медицинской помощи, в том числе на дому (без учета посещений на дому выездными патронажными бригадами посещений) как произведение соответствующего установленного норматива объема на численность жителей;

- расчет планируемого (абсолютного) числа посещений для паллиативной медицинской помощи на дому выездными патронажными бригадами

посещений как произведение соответствующего норматива объема на численность жителей;

- расчет расходов для выполнения планируемых объемов посещений для паллиативной медицинской помощи, в том числе на дому (без учета посещений на дому выездными патронажными бригадами посещений) как произведение соответствующего норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на планируемое (абсолютное) число единиц объема медицинской помощи;

- расчет расходов для выполнения планируемых объемов посещений для паллиативной медицинской помощи на дому выездными патронажными бригадами посещений как произведение соответствующего норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на планируемое (абсолютное) число единиц объема медицинской помощи;

- суммирование расходов.

б) в стационарных условиях:

- расчет планируемого (абсолютного) числа койко-дней по паллиативной медицинской помощи как произведение установленного норматива койко-дней на численность жителей;

- расчет расходов для выполнения планируемых объемов паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях как произведение размера финансовых затрат на 1 койко-день на планируемое (абсолютное) число койко-дней по паллиативной медицинской помощи.

Расходы на оказание паллиативной медицинской помощи в амбулаторных, стационарных условиях и условиях дневного стационара (при наличии соответствующих территориальных нормативов) также могут быть рассчитаны как произведение соответствующего подушевого показателя финансирования на численность жителей.

Планирование объема и финансового обеспечения паллиативной медицинской помощи осуществляется в соответствии с приложением 10 (строка 05, графы 7-10, 19-26).

Расходы на оказание паллиативной медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях также могут быть рассчитаны как произведение соответствующего показателя подушевых расходов на численность жителей.

На заключительном этапе осуществляется расчет и оценка доли расходов на оказание паллиативной медицинской помощи (в том числе в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара), в общих расходах на оказание паллиативной медицинской помощи в рамках территориальной программы.

5. Особенности формирования территориальной программы за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов

За счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов осуществляется:

а) финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной:

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

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

в специализированных медицинских организациях и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация» при заболеваниях, не включенных в базовую программу (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);

б) финансовое обеспечение санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами, а также авиационных работ при санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами;

в) 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 в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомических бюро и патологоанатомических отделениях медицинских организаций (за исключением диагностических исследований, проводимых по заболеваниям, указанным в разделе III Программы, и осуществляемых за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования), медицинских информационно-аналитических центрах, бюро медицинской статистики, в центрах крови, на станциях переливания крови, в домах ребенка, включая специализированные, молочных кухнях и в прочих медицинских организациях, входящих в номенклатуру медицинских организаций, утверждаемую Министерством здравоохранения Российской Федерации;

г) обеспечение туберкулином в целях проведения туберкулинодиагностики;

д) обеспечение иммунобиологическими препаратами (вакцинами и сыворотками) в целях проведения профилактических прививок в рамках календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям;

е) 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;

ж) генетическое обследование беременных по выявлению (подтверждению) врожденных аномалий (пороков) развития у плода в медико-генетических консультациях (центрах) и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций.

Территориальный подушевой норматив финансирования за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов включает расходы государственных и муниципальных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь при заболеваниях и состояниях, не входящих в базовую программу, в части финансирования текущей деятельности, текущего ремонта, приобретения основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь). При этом инвестиционные расходы на строительство и реконструкцию объектов здравоохранения, приобретение дорогостоящего оборудования, включенного в проектно-сметную документацию, расходы на проведение капитального ремонта и подготовку проектно-сметной документации для его проведения, а также расходы на демонтаж зданий и сооружений не включаются в территориальный подушевой норматив финансирования за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, установленный территориальной программой.

Расходы соответствующих бюджетов на софинансирование реализации национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография» в части инвестиционных расходов на развитие материально-технической базы медицинских организаций, обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами, создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ) также не включаются в подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

За счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов может осуществляться финансовое обеспечение транспортировки пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью, от места их фактического проживания до места получения медицинской помощи методом заместительной почечной терапии и обратно, а также в рамках мер социальной поддержки отдельных категорий граждан. Категории граждан, подлежащих транспортировке для проведения заместительной почечной терапии, и порядок ее организации рекомендуется устанавливать в территориальной программе.

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, не включенные в структуру тарифа на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», осуществляются за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

6. Особенности формирования территориальной программы обязательного медицинского страхования

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

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

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

расходы на ведение дела в сфере обязательного медицинского страхования;

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 стимулирующих денежных выплат, в том числе:

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 виды медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи и связанное с ними страховое обеспечение указываются отдельно от установленных базовой программой.

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 (информация согласно приложению 13 к настоящим разъяснениям представляется в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования).

При установлении территориальной программой обязательного медицинского страхования перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой 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.

Органами государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья 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 медицинских организаций (включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования) и страховых медицинских организаций

(включенных в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования), 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), входящих в состав Комиссии.

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, врачебных специальностей, видов и условий оказания медицинской помощи, материально-технического и кадрового обеспечения, а также потребности субъекта Российской Федерации в медицинской помощи.

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 возможности предоставления данных диагностических услуг или их недостаточности.

Медицинским организациям, подведомственным федеральным органам исполнительной власти, объем специализированной медицинской помощи устанавливается с учетом мощности и возможностей медицинских организаций по оказанию медицинской помощи, потребности в ней населения региона, не допуская снижения доступности медицинской помощи для населения субъекта Российской Федерации по сравнению с предыдущим годом.

Финансовые средства для обеспечения объемов медицинской помощи лицам, 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), не включаются в стоимость территориальной программы обязательного медицинского страхования.

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 обязательного медицинского страхования, в соответствии со способами оплаты и по тарифам, действующим на территории оказания медицинской помощи, без прикрепления к медицинским организациям.

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.

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.

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.

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.

Территориальный норматив объема по медицинской реабилитации для детей в возрасте 0 - 17 лет рассчитывается как отношение запланированного количества случаев госпитализации по медицинской реабилитации для детей в возрасте 0 - 17 лет к численности застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации.

Субъектом Российской Федерации в рамках территориальной программы могут устанавливаться нормативы объема и нормативы финансовых затрат на единицу объема для медицинской реабилитации в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

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 обязательного медицинского страхования за счет средств обязательного медицинского страхования медицинская реабилитация может осуществляться в том числе в санаторно-курортных организациях, имеющих соответствующую лицензию, как этап в общем процессе лечения отдельных заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи.

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.

Медицинская помощь в экстренной форме, оказанная застрахованным лицам в амбулаторных и стационарных условиях при заболеваниях и состояниях, входящих в базовую программу, 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 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.

7. Для выполнения объема медицинской помощи в рамках территориальной программы необходимо обосновать потребность в кадровых и материальных ресурсах.

Методика планирования ресурсов, необходимых для бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в рамках территориальной программы, представлена в приложении 14 к настоящим разъяснениям и может быть рекомендована для обоснования и установления целевых показателей обеспеченности населения ресурсами (медицинскими кадрами и больничными койками).

В медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, рекомендуется осуществлять планирование нагрузки врачей на основе функции врачебной должности.

Оценку эффективности использования ресурсов медицинских организаций на основе выполнения функции врачебной должности, показателей использования коечного фонда рекомендуется осуществлять по методике, представленной в приложении 15 к настоящим разъяснениям.

8. Территориальной программой в соответствии с 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, осуществляется органом государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

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.

9. Органы государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, территориальные фонды обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации, медицинские организации обязаны информировать граждан, в том числе с использованием «Памятки для граждан о гарантиях бесплатного оказания медицинской помощи»,

направленной руководителям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья письмом Минздрава России от 15 августа 2018 г. № 11-8/10/2-5437, о видах и объеме медицинской помощи, перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, отдельных медицинских технологиях, предоставляемых гражданам бесплатно в рамках территориальной программы, а также об установленных территориальной программой 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).

10. 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 сроков ожидания оказания медицинской помощи.

В целях разграничения оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы и платных медицинских услуг нормативным правовым актом субъекта Российской Федерации устанавливаются требования по ведению медицинской организацией раздельного учета использования лекарственных препаратов и расходных материалов при оказании медицинской помощи в рамках территориальной программы и платных медицинских услуг.

Возможность использования материально-технической базы и порядок привлечения медицинских работников медицинской организации при оказании

платных медицинских услуг, а также порядок определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые медицинскими организациями, являющимися бюджетными и казенными государственными (муниципальными) учреждениями, устанавливается органами, осуществляющими функции и полномочия учредителей, при этом рекомендуется предусматривать размер прибыли медицинской организации от оказания платных медицинских услуг не более 20 процентов.

Приложение: на 18 л. в 1 экз.

Приложение 1

Стоимость территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по источникам финансового обеспечения на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов

Источники финансового обеспечения территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи	№ строки	2020 год		плановый период			
				2021 год		2022 год	
		утвержденная 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	2	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 случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой ОМС	06						
1.3. прочие поступления	07						
2. межбюджетные трансферты бюджетов субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, в дополнение к установленным 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						
2.2. межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта Российской Федерации в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования	10						

* без учета бюджетных ассигнований федерального бюджета на оказание отдельным категориям граждан государственной социальной помощи по обеспечению лекарственными препаратами, целевые программы, государственные программы, а также межбюджетных трасфертов (строки 06 и 08)

** 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» и расходов на мероприятия по ликвидации кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь

Справочно	2020 год		2021 год		2022 год	
	всего (тыс. руб.)	на 1 застрахованное лицо (руб.)	всего (тыс. руб.)	на 1 застрахованное лицо (руб.)	всего (тыс. руб.)	на 1 застрахованное лицо (руб.)
Расходы на обеспечение выполнения ТФОМС своих функций						

Приложение 2

Утвержденная стоимость территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по условиям ее оказания на 2020 год

Виды и условия оказания медицинской помощи	№ строки	Единица измерения	Объем медицинской помощи в расчете на 1 жителя (норматив объемов предоставления медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо)	Стоимость единицы объема медицинской помощи (норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи)	Подушевые нормативы финансирования территориальной программы		Стоимость территориальной программы по источникам ее финансового обеспечения		
					руб.		тыс. руб.		в % к итогу
					за счет средств бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС	за счет средств бюджета субъекта РФ	средства ОМС	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I. Медицинская помощь, предоставляемая за счет консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации в том числе *:	**01**		**X**	**X**		**X**		**X**	
1. скорая, в том числе скорая специализированная медицинская помощь, не включенная с территориальную программу ОМС, в том числе	02	вызов				X		X	X
не идентифицированным и не застрахованным в системе ОМС лицам	*03*	*вызов*				X		X	X
скорая медицинская помощь при санитарно-авиационной эвакуации	*04*	*вызов*							
2. медицинская помощь в амбулаторных условиях, в том числе	05	посещение с профилактической и иными целями, в том числе				X		X	X
	06	посещение по паллиативной медицинской помощи, включая		X	X	X	X	X	X
	07	*посещение по паллиативной медицинской помощи без учета посещения на дому патронажными бригадами*				X		X	X
	08	*посещение на дому выездными патронажными бригадами*				X		X	X
	09	обращение				X		X	X

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
не идентифицированным и не застрахованным в системе ОМС лицам	*10*	*посещение с профилактической и иными целями*				X		X	X
	11	*обращение*				X		X	X
3. специализированная медицинская помощь в стационарных условиях, в том числе	12	случай госпитализации				X		X	X
не идентифицированным и не застрахованным в системе ОМС лицам	*13*	*случай госпитализации*				X		X	X
4. медицинская помощь в условиях дневного стационара, в том числе	14	случай лечения				X		X	X
не идентифицированным и не застрахованным в системе ОМС лицам	*15*	*случай лечения*				X		X	X
5. паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях	16	к/день				X		X	X
6. иные государственные и муниципальные услуги (работы)	17	–	X	X		X		X	X
7. высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в медицинских организациях субъекта РФ	18	–	X	X		X		X	X
II. Средства консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на приобретение медицинского оборудования для медицинских организаций, работающих в системе ОМС,**	**19**	-	**X**	**X**		**X**		**X**	
III. Медицинская помощь в рамках территориальной программы ОМС:	**20**		**X**	**X**	**X**		**X**		
скорая медицинская помощь (сумма строк 29+34)	21	вызов			X		X		X
медицинская помощь в амбулаторных условиях	30.1+35.1	22.1	комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров		X		X		X
	30.2 +35.2	22.2	комплексное посещение для проведения диспансеризации		X		X		X
	30.3 +35.3	22.3	посещение с иными целями		X		X		X

			1	2	3	4	5	6	7	8	9
медицинская помощь в амбулаторных условиях	сумма строк	35.4	22.4	посещение по паллиативной медицинской помощи, включая***		X	X	X	X	X	X
		35.4.1	22.4.1	*посещение по паллиативной медицинской помощи без учета посещения на дому патронажными бригадами ****			X		X		X
		35.4.2	22.4.2	*посещение на дому выездными патронажными бригадами ****			X		X		X
		30.4+35.5	22.5	посещение по неотложной медицинской помощи			X		X		X
		30.5+35.6	22.6	обращение			X		X		X
		30.5.1+35.6.1	22.6.1	*КТ*			X		X		X
		30.5.2+35.6.2	22.6.2	*МРТ*			X		X		X
		30.5.3+35.6.3	22.6.3	*УЗИ сердечно-сосудистой системы*			X		X		X
		30.5.4+35.6.4	22.6.4	*эндоскопическое диагностическое*			X		X		X
		30.5.5+35.6.5	22.6.5	*молекулярно-генетическое*			X		X		X
		30.5.6+35.6.6	22.6.6	*гистологическое*			X		X		X
специализированная медицинская помощь в стационарных условиях (сумма строк 31 + 36), в том числе:			23	случай госпитализации			X		X		X
медицинская помощь по профилю "онкология" (сумма строк 31.1+36.1)			*23.1*	*случай госпитализации*			X		X		X
медицинская реабилитация в стационарных условиях (сумма строк 31.2 + 36.2)			*23.2*	*случай госпитализации*			X		X		X
высокотехнологичная медицинская помощь (сумма строк 31.3 + 36.3)			*23.3*	*случай госпитализации*			X		X		X
медицинская помощь в условиях дневного стационара (сумма строк 32 + 37), в том числе			24	случай лечения			X		X		X
медицинская помощь по профилю "онкология" (сумма строк 32.1+37.1)			*24.1*	*случай лечения*			X		X		X

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
при экстракорпоральном оплодотворении (сумма строк 32.2+37.2)	*24.2*	*случай*			X		X		X
паллиативная медицинская помощь*** (равно строке 38)	25	к/день			X		X		X
расходы на ведение дела СМО	26	–	X	X	X		X		X
иные расходы (равно строке 39)	27	–	X	X	X		X		X
из строки 20: 1. Медицинская помощь, предоставляемая в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам	28		X	X	X		X		
скорая медицинская помощь	29	вызов			X		X		X
медицинская помощь в амбулаторных условиях	30.1	комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров			X		X		X
	30.2	комплексное посещение для проведения диспансеризации			X		X		X
	30.3	посещение с иными целями			X		X		X
	30.4	посещение по неотложной медицинской помощи			X		X		X
	30.5	обращение			X		X		X
	30.5.1	*КТ*			X		X		X
	30.5.2	*МРТ*			X		X		X
	30.5.3	*УЗИ сердечно-сосудистой системы*			X		X		X
	30.5.4	*эндоскопическое диагностическое*			X		X		X
	30.5.5	*молекулярно-генетическое*			X		X		X
	30.5.6	*гистологическое*			X		X		X
специализированная медицинская помощь в стационарных условиях, в том числе	31	случай госпитализации			X		X		X
медицинская помощь по профилю "онкология"	*31.1*	*случай госпитализации*			X		X		X

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
медицинская реабилитация в стационарных условиях	*31.2*	*случай госпитализации*			X		X		X
высокотехнологичная медицинская помощь	*31.3*	*случай госпитализации*			X		X		X
медицинская помощь в условиях дневного стационара	32	случай лечения			X		X		X
медицинская помощь по профилю "онкология"	*32.1*	*случай лечения*			X		X		X
при экстракорпоральном оплодотворении	*32.2*	*случай*			X		X		X
2. Медицинская помощь по видам и заболеваниям сверх базовой программы:	33		X	X	X		X		
скорая медицинская помощь	34	вызов			X		X		X
медицинская помощь в амбулаторных условиях	35.1	комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров			X		X		X
	35.2	комплексное посещение для проведения диспансеризации			X		X		X
	35.3	посещение с иными целями			X		X		X
	35.4	посещение по паллиативной медицинской помощи, включая		X	X	X	X	X	X
	35.4.1	*посещение по паллиативной медицинской помощи без учета посещения на дому патронажными бригадами*			X		X		X
	35.4.2	*посещение на дому выездными патронажными бригадами*			X		X		X
	35.5	посещение по неотложной медицинской помощи			X		X		X
	35.6	обращение			X		X		X

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
медицинская помощь в амбулаторных условиях	35.6.1	*КТ*			X		X		X
	35.6.2	*МРТ*			X		X		X
	35.6.3	*УЗИ сердечно-сосудистой системы*			X		X		X
	35.6.4	*эндоскопическое диагностическое*			X		X		X
	35.6.5	*молекулярно-генетическое*			X		X		X
	35.6.6	*гистологическое*			X		X		X
специализированная медицинская помощь в стационарных условиях, в том числе	36	случай госпитализации			X		X		X
медицинская помощь по профилю "онкология"	*36.1*	*случай госпитализации*			X		X		X
медицинская реабилитация в стационарных условиях	*36.2*	*случай госпитализации*			X		X		X
высокотехнологичная медицинская помощь	*36.3*	*случай госпитализации*			X		X		X
медицинская помощь в условиях дневного стационара	37	случай лечения			X		X		X
медицинская помощь по профилю "онкология"	*37.1*	*случай лечения*			X		X		X
при экстракорпоральном оплодотворении	*37.2*	*случай*			X		X		X
паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях***	38	к/день			X		X		X
иные расходы	39	–	X	X	X		X		X
ИТОГО (сумма строк 01 + 19 + 20)	**40**		**X**	**X**					**100**

*) 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 программу ОМС сверх базовой программы ОМС с соответствующими платежом субъекта РФ

Приложение 3

Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий, в том числе территориальной программы обязательного медицинского страхования, и перечень медицинских организаций, проводящих профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию

№ п/п	Наименование медицинской организации	Осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования*	Проводящие профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию**
Итого медицинских организаций, участвующих в территориальной программе государственных гарантий, из них:			
медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования			
медицинских организаций, проводящих профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию			

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

** знак отличия о проведении профилактических медицинских осмотров и диспансеризации (+)

Приложение 4

Рекомендуемые дифференцированные нормативы объема медицинской помощи, оказываемой за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации, на 2020 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 профилактическими целями	обращений в связи с заболеваниями	случаев госпитализации в стационар	случаев лечения в дневном стационаре	койко-дней по паллиативной медицинской помощи
Центральный ФО						
Белгородская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Брянская область	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
Владимирская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Воронежская область	0,900	0,66-0,73	0,130-0,144	0,0131-0,0146	0,0036-0,004	0,083-0,092
Ивановская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Калужская область	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
Костромская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Курская область	0,900	0,66-0,73	0,130-0,144	0,0131-0,0146	0,0036-0,004	0,083-0,092
Липецкая область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Московская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Орловская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Рязанская область	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
Смоленская область	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
Тамбовская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Тверская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Тульская область	0,900	0,66-0,73	0,130-0,144	0,0131-0,0146	0,0036-0,004	0,083-0,092
Ярославская область	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
г. Москва	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Северо-Западный ФО						
Республика Карелия	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
Республика Коми	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
Архангельская область	0,900	0,66-0,73	0,130-0,144	0,0131-0,0146	0,0036-0,004	0,083-0,092
Ненецкий АО	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Вологодская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Калининградская область	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
Ленинградская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Мурманская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Новгородская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Псковская область	0,080	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
г. Санкт-Петербург	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
Южный ФО						
Республика Адыгея	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Республика Калмыкия	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Республика Крым	1,300	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Краснодарский край	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Астраханская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Волгоградская область	0,900	0,66-0,73	0,130-0,144	0,0131-0,0146	0,0036-0,004	0,083-0,092
Ростовская область	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
г. Севастополь	1,100	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Северо-Кавказский ФО						
Республика Дагестан	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Республика Ингушетия	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Кабардино-Балкарская Республика	0,900	0,66-0,73	0,130-0,144	0,0131-0,0146	0,0036-0,004	0,083-0,092
Карачаево-Черкесская Республика	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Республика Северная Осетия-Алания	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Чеченская Республика	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Ставропольский край	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092

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 профилактическими целями	обращений в связи с заболеваниями	случаев госпитализации в стационар	случаев лечения в дневном стационаре	койко-дней по паллиативной медицинской помощи
Приволжский ФО						
Республика Башкортостан	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
Республика Марий Эл	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
Республика Мордовия	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Республика Татарстан	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
Удмуртская Республика	1,000	0,730	0,144	0,0146	0,004	0,092
Чувашская Республика	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Пермский край	1,200	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Кировская область	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
Нижегородская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Оренбургская область	1,100	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Пензенская область	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
Самарская область	0,900	0,66-0,73	0,130-0,144	0,0131-0,0146	0,0036-0,004	0,083-0,092
Саратовская область	0,900	0,66-0,73	0,130-0,144	0,0131-0,0146	0,0036-0,004	0,083-0,092
Ульяновская область	1,200	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Уральский ФО						
Курганская область	1,300	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Свердловская область	1,200	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Тюменская область	0,900	0,66-0,73	0,130-0,144	0,0131-0,0146	0,0036-0,004	0,083-0,092
Ханты-Мансийский АО	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
Ямало-Ненецкий АО	1,100	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Челябинская область	1,300	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Сибирский ФО						
Республика Алтай	0,900	0,66-0,73	0,130-0,144	0,0131-0,0146	0,0036-0,004	0,083-0,092
Республика Тыва	1,300	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Республика Хакасия	1,100	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Алтайский край	1,300	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Красноярский край	1,300	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Иркутская область	1,300	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Кемеровская область	1,300	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Новосибирская область	1,300	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Омская область	1,000	0,730	0,144	0,0146	0,004	0,092
Томская область	0,900	0,66-0,73	0,130-0,144	0,0131-0,0146	0,0036-0,004	0,083-0,092
Дальневосточный ФО						
Республика Бурятия	0,900	0,66-0,73	0,130-0,144	0,0131-0,0146	0,0036-0,004	0,083-0,092
Республика Саха (Якутия)	1,300	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Забайкальский край	1,100	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Камчатский край	0,900	0,66-0,73	0,130-0,144	0,0131-0,0146	0,0036-0,004	0,083-0,092
Приморский край	1,300	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Хабаровский край	1,300	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Амурская область	1,300	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Магаданская область	1,000	0,730	0,144	0,0146	0,004	0,092
Сахалинская область	1,300	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Еврейская автономная область	1,300	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Чукотский автономный округ	1,300	0,73*	0,144*	0,0146*	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

Приложение 5

Объем медицинской помощи по профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации на 2020 год

№ строки	Возраст, лет/мес.	Численность застрахованных лиц на 01.01.2019, чел.			Прогнозный отклик на профилактический медицинский осмотр, %	Численность застрахованных лиц, подлежащих профилактическому медицинскому осмотру, чел:		
		всего	мужчин	женщин		всего	мужчин	женщин
A	1	2	3	4	5	6	7	8
1	Всего (3+4)*							
2	Всего (без учета осмотров за счет средств работодателей и детей-сирот) (3+4.2)							
3	дети, всего в том числе (3.1 + 3.2):**							
3.1	дети-сироты старше 2 лет, подлежащие диспансеризации							
3.2	дети (без учета детей-сирот)							
4	взрослые, всего в том числе (4.1+4.2):							
4.1	за счет средств работодателей							
4.2	взрослые (без учета работодателей)							
4.2.1	в том числе старше 65 лет***							
5	**0-11 мес.****							
5.1	0 мес.****							
5.2	1 мес.****							
5.3	2 мес.****							
5.4	3 мес.****							
5.5	4 мес.****							
5.6	5 мес.****							
5.7	6 мес.****							
5.8	7 мес.****							
5.9	8 мес.****							
5.10	9 мес.****							
5.11	10 мес.****							
5.12	11 мес.****							
6	1 год****							
6.1	1 год 3 мес.****							
6.2	1 год 6 мес.****							
7	2 года							
8	3 года							
9	4 года							
10	5 лет							
11	6 лет							
12	7 лет							
13	8 лет							
14	9 лет							
15	10 лет							
16	11 лет							
17	12 лет							
18	13 лет							
19	14 лет							
20	15 лет							
21	16 лет							
22	17 лет							
23	18 лет							
24	19 лет							
25	20 лет							
26	21 лет							
27	22 лет							
28	23 лет							
29	24 лет							
30	25 лет							
31	26 лет							
32	27 лет							
33	28 лет							
34	29 лет							
35	30 лет							
36	31 лет							
37	32 лет							
38	33 лет							
39	34 лет							
40	35 лет							
41	36 лет							
42	37 лет							
43	38 лет							
44	39 лет							
45	40 лет							
46	41 лет							

№ строки	Возраст, лет/мес.	Численность застрахованных лиц на 01.01.2019, чел.			Прогнозный отклик на профилактический медицинский осмотр, %	Численность застрахованных лиц, подлежащих профилактическому медицинскому осмотру, чел:		
		всего	мужчин	женщин		всего	мужчин	женщин
А	1	2	3	4	5	6	7	8
47	42 лет							
48	43 лет							
49	44 лет							
50	45 лет							
51	46 лет							
52	47 лет							
53	48 лет							
54	49 лет							
55	50 лет							
56	51 лет							
57	52 лет							
58	53 лет							
59	54 лет							
60	55 лет							
61	56 лет							
62	57 лет							
63	58 лет							
64	59 лет							
65	60 лет							
66	61 лет							
67	62 лет							
68	63 лет							
69	64 лет							
70	65 лет							
71	66 лет							
72	67 лет							
73	68 лет							
74	69 лет							
75	70 лет							
76	71 лет							
77	72 лет							
78	73 лет							
79	74 лет							
80	75 лет							
81	76 лет							
82	77 лет							
83	78 лет							
84	79 лет							
85	80 лет							
86	81 лет							
87	82 лет							
88	83 лет							
89	84 лет							
90	85 лет							
91	86 лет							
92	87 лет							
93	88 лет							
94	89 лет							
95	90 лет							
96	91 лет							
97	92 лет							
98	93 лет							
99	94 лет							
100	95 лет							
101	96 лет							
102	97 лет							
103	98 лет							
104	99 лет							
105	100 лет и старше							

* - целевые показатели охвата населения профилактическими мероприятиями, установленные федеральным проектом "Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи" национального проекта "Здравоохранение"

** -целевые показатели охвата несовершеннолетних в возрасте 15-17 лет профилактическими медицинскими осмотрами: девочек - врачами акушерами-гинекологами, мальчиков - детскими врачами урологами-андрологами, установленные федеральным проектом "Развитие детского здравоохранения, включая создание системы современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям" национального проекта "Здравоохранение"

*** - целевые показатели охвата профилактическими медицинскими осмотрами лиц старше трудоспособного возраста, установленные федеральным проектом "Старшее поколение" национального проекта "Демография"

**** - кратность посещения

Приложение 6

Объем медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической и иными целями, на 1 жителя/застрахованное лицо на 2020 год

№ строки	Показатель (на 1 жителя/застрахованное лицо)	Источник финансового обеспечения	
		Бюджетные ассигнования бюджета субъекта РФ	Средства ОМС
1	Объем посещений с профилактической и иными целями, всего (сумма строк 2+3+4), в том числе:		
2	I. норматив комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров (включая 1-е посещение для проведения диспансерного наблюдения)		
3	II. норматив комплексных посещений для проведения диспансеризации		
4	III. норматив посещений с иными целями (сумма строк 5+6+7+10+11+12+13+14), в том числе		
5	1) объем посещений для проведения диспансерного наблюдения (за исключением 1-го посещения)		
6	2) объем посещений для проведения 2-этапа диспансеризации		
7	3) норматив посещений для паллиативной медицинской помощи (сумма строк 8+9), в том числе		
8	3.1) норматив посещений по паллиативной медицинской помощи без учета посещений на дому патронажными бригадами паллиативной медицинской помощи		
9	3.2) норматив посещений на дому выездными патронажными бригадами		
10	4) объем разовых посещений связи с заболеванием		
11	5) объем посещений центров здоровья		
12	6) объем посещений медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием		
13	7) объем посещений центров амбулаторной онкологической помощи		
14	8) объем посещений с другими целями (патронаж, выдача справок и иных медицинских документов и др.)		

Приложение 7

Объем и финансовое обеспечение отдельных диагностических и лабораторных исследований на 2020 год

№ строки	Показатель	Объем медицинской помощи		Финансовое обеспечение медицинской помощи	
		количество исследований	на 1 застрахованное лицо	размер финансового обеспечения	норматив/размер финансовых затрат на 1 исследование
А	1	2	3	4	5
1	Компьтерная томография				
1.1	без контрастирования				
1.2	с внутривенным контрастированием				
1.3	иные				
2	Магнитно-резонансные томографии				
2.1	без контрастирования				
2.2	с внутривенным контрастированием				
2.3	иные				
3	Ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы				
3.1	эхокардиография				
3.2	допплерография сосудов				
3.3	дуплексное сканирование сосудов				
3.4	иные				
4	Эндоскопическое диагностическое исследование				
4.1	бронхоскопия				
4.2	эзофагогастродуоденоскопия				
4.3	интестиноскопия				
4.4	колоноскопия				
4.5	ректосигмоидоскопия				
4.6	видеокапсульные исследования				
4.7	эндосонография				
4.8	иные				
5	Молекулярно-генетическое исследование с целью выявления онкологических заболеваний				
5.1	EGFR				
5.2	BRAF				
5.3	KRAS				
5.4	NRAS				
5.5	BRCA 1,2				
5.6	Патологоанатомические исследования с применением молекулярно-генетических методов in situ гибридизации ISH				
5.7	иные				
6	Гистологическое исследование с целью выявления онкологических заболеваний				

Приложение 8

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 х 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;

**) кратность посещений в одном обращении по специальности «гериатрия» при первом обращении составляет не менее 2-х посещений.

Приложение 9

Количество и финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов на 2020 год

Показатель	Фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий до 100 жителей	Фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 899 жителей		Фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей		Фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей		Фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий свыше 2000 жителей
		Всего	в том числе соответствующих приказу МЗ РФ	Всего	в том числе соответствующих приказу МЗ РФ	Всего	в том числе соответствующих приказу МЗ РФ	
Количество ФП, ФАП								
Размер финансового обеспечения								

приложение 10

Планирование объема и финансового обеспечения медицинской помощи по видам и условиям ее оказания в 2020 году*

Виды медицинской помощи	№ стр.	Объемы оказания и финансирования:																								Всего, руб.		
		скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации				медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях												специализированной медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях				медицинской помощи в условиях дневного стационара						
		вызовов,ед.		руб		посещений с профилактической и иными целями				посещений в неотложной форме				обращений в связи с заболеваниями				случаев госпитализации, ед.		руб.		случаев лечения, ед.		руб.				
						ед.		руб.		ед.		руб.		ед.		руб.												
		бюджет	ОМС	бюджет	ОМС	бюджет	ОМС	бюджет	ОМС	бюджет	ОМС	бюджет	ОМС	бюджет	ОМС	бюджет	ОМС	бюджет	ОМС	бюджет	ОМС	бюджет	ОМС	бюджет	ОМС	бюджет (гр.5+9+13+17+ 21+25)	ОМС (гр.6+10+14+ 18+ 2+26)	ИТОГО (гр.27+28)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
ВСЕГО по всем видам медицинской помощи, в том числе	01																											
Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь (включая санитарно-авиационную эвакуацию, за исключением авиационных работ)	02					x	x	x	x					x	x	x	x					x	x	x	x			
Первичная медико-санитарная помощь	03	x	x	x	x													x	x	x	x							
Специализированная медицинская помощь	04	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x											
Паллиативная медицинская помощь	05	x	x	x	x					x	x	x	x	x	x	x	x											

*) за исключением расходов на прочие виды медицинских и иных услуг

Приложение 11

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

Профиль медицинской помощи **	Рекомендуемое число случаев госпитализации (на 1000 жителей/застра-хованных в год)	Используемая при расчете средняя длительность пребывания 1-ого пациента в стационаре (дней)	Рекомендуемое число койко-дней (круглосуточного пребывания) на 1000 жителей/застрахованных		
			Всего	в том числе для	
				взрослых	детей
Акушерское дело	7,30	5,6	40,88	40,88	
Акушерство и гинекология	26,53	6,6	175,10	174,29	0,81
Аллергология и иммунология	0,45	10,1	4,55	4,00	0,55
Гастроэнтерология	2,10	10,8	22,68	17,83	4,85
Гематология	0,80	13,0	10,40	7,99	2,41
Гериатрия	0,80	14,0	11,20	11,20	
Дерматовенерология (дерматологические койки)	1,00	12,3	12,30	9,98	2,32
Инфекционные болезни	12,00	7,1	85,20	43,00	42,20
Кардиология	10,00	10,8	108,00	104,00	4,00
Колопроктология	0,80	9,9	7,92	7,41	0,51
Медицинская реабилитация	5,00	16,5	82,50	61,88	20,63
Неврология	11,70	12,1	141,57	125,57	16,00
Нейрохирургия	2,42	10,7	25,89	22,79	3,11
Неонатология	2,10	12,1	25,41		25,41
Нефрология	1,18	11,5	13,57	8,60	4,97
Онкология, радиология, радиотерапия	10,01	10,8	108,11	103,14	4,97
Оториноларингология	4,10	7,6	31,16	20,78	10,38
Офтальмология	5,35	6,8	36,38	30,90	5,48
Педиатрия	8,70	8,6	74,82		74,82
Пульмонология	3,00	11,3	33,90	27,93	5,97
Ревматология	1,00	13,1	13,10	11,20	1,90
Сердечно-сосудистая хирургия (кардиохирургические койки)	1,34	9,7	13,00	11,88	1,12
Сердечно-сосудистая хирургия (койки сосудистой хирургии)	1,26	10,3	12,98	12,58	0,40
Терапия***	18,97	10,1	191,60	191,60	
Травматология и ортопедия	8,10	11,1	89,91	77,32	12,59
Урология (в т.ч. детская урология-андрология)	5,05	8,9	44,95	41,50	3,45
Хирургия (комбустиология)	0,35	13,5	4,73	3,47	1,26
Торакальная хирургия	0,40	13,3	5,32	4,95	0,37
Хирургия (в т.ч. абдоминальная хирургия, трансплантация органов и (или) тканей, трансплантация костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, пластическая хирургия)	21,75	8,9	193,58	174,22	19,36
Челюстно-лицевая хирургия, стоматология	1,25	7,7	9,63	7,81	1,82
Эндокринология	1,90	11,6	22,04	17,63	4,41
Всего по базовой программе ОМС	**176,71**	**9,4**	**1 652,35**	**1 376,30**	**276,05**
в том числе для федеральных медицинских организаций третьего уровня***	**1,20**				
Психиатрия	4,80	66,2	317,76	298,07	19,69
Психиатрия- наркология	5,00	14,5	72,50	71,05	1,45
Фтизиатрия	1,50	92,9	139,35	124,02	15,33

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

Профиль медицинской помощи **	Рекомендуемое число случаев госпитализации (на 1000 жителей/застра-хованных в год)	Используемая при расчете средняя длительность пребывания 1-ого пациента в стационаре (дней)	Рекомендуемое число койко-дней (круглосуточного пребывания) на 1000 жителей/застрахованных		
			Всего	в том числе для	
				взрослых	детей
Дерматовенерология (венерологические койки)	0,50	15,0	7,50	6,50	1,00
Прочие профили, незастрахованные лица	2,80	8,0	22,40		
Всего за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации	**14,60**	**38,3**	**559,51**	**499,64**	**37,47**
Всего по специализированной медицинской помощи в стационарных условиях	**191,31**	**11,6**	**2 211,86**	**1 885,10**	**309,58**

*) включая объем специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по профилям "Скорая медицинская помощь", "Анестизиология и реаниматология"

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

***) включая объем специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по профилю "Токсикология"

*****) в среднем по Российской Федерации

Приложение 12

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

$НЗ_{Ф} = НЗ_{ПГГ} \times (К_{диф} \times д + (1 - д))$, где:

$НЗ_{Ф}$ – 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;

$НЗ_{ПГГ}$ – 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;

$К_{диф}$ – коэффициент дифференциации, рассчитываемый в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05 мая 2012 г. № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования»;

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

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

Нормативы
финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, 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, %
Абдоминальная хирургия	1	167 693	15
Абдоминальная хирургия	2	179 940	30
Акушерство и гинекология	3	127 868	30
Акушерство и гинекология	4	193 358	30
Гастроэнтерология	5	134 510	15
Гематология	6	150 034	30
Гематология	7	449 410	15
Детская хирургия в период новорожденности	8	258 736	45
Дерматовенерология	9	101 342	30
Комбустиология	10	528 229	45
Комбустиология	11	1 572 890	30
Нейрохирургия	12	162 907	30
Нейрохирургия	13	250 234	15
Нейрохирургия	14	160 492	15
Нейрохирургия	15	230 660	15
Нейрохирургия	16	292 584	30
Нейрохирургия	17	396 791	30
Неонатология	18	251 399	15
Неонатология	19	366 797	15
Онкология	20	127 818	30
Онкология	21	98 196	45
Онкология	22	134 916	30
Онкология	23	181 469	30
Онкология	24	230 326	30
Онкология	25	279 183	30
Оториноларингология	26	114 104	30
Оториноларингология	27	68 057	30
Офтальмология	28	71 480	30
Офтальмология	29	88 074	30
Педиатрия	30	82 843	30
Педиатрия	31	173 607	15
Педиатрия	32	98 718	30
Ревматология	33	132 138	30
Сердечно-сосудистая хирургия	34	173 345	15
Сердечно-сосудистая хирургия	35	238 349	15
Сердечно-сосудистая хирургия	36	303 354	15
Сердечно-сосудистая хирургия	37	154 883	15

Сердечно-сосудистая хирургия	38	212 965	15
Сердечно-сосудистая хирургия	39	271 046	15
Сердечно-сосудистая хирургия	40	250 947	40
Сердечно-сосудистая хирургия	41	140 664	30
Сердечно-сосудистая хирургия	42	262 975	15
Сердечно-сосудистая хирургия	43	234 812	30
Сердечно-сосудистая хирургия	44	350 621	45
Торакальная хирургия	45	145 019	15
Торакальная хирургия	46	253 318	15
Травматология и ортопедия	47	140 120	15
Травматология и ортопедия	48	207 727	15
Травматология и ортопедия	49	273 469	30
Травматология и ортопедия	50	146 739	30
Травматология и ортопедия	51	208 621	40
Травматология и ортопедия	52	346 353	15
Урология	53	95 036	30
Урология	54	139 637	30
Челюстно-лицевая хирургия	55	123 594	30
Эндокринология	56	188 241	15
Эндокринология	57	102 585	30

Приложение 13

Размер финансового обеспечения оказанной медицинской помощи застрахованным лицам субъекта Российской Федерации на территории других субъектов Российской Федерации на 2020 год

Профиль медицинской помощи (специальность)	медицинская помощь в амбулаторных условиях		медицинская помощь в условиях дневного стационара		медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара		скорая медицинская помощь	
	объем медицинской помощи	размер финансового обеспечения, тыс. руб.	объем медицинской помощи	размер финансового обеспечения, тыс. руб.	объем медицинской помощи	размер финансового обеспечения, тыс. руб.	объем медицинской помощи	размер финансового обеспечения, тыс. руб.
А	1	2	3	4	5	6	7	8
ВСЕГО:								
Акушерское дело								
Акушерство и гинекология, из них:								
случаи экстракорпорального оплодотворения								
Аллергология и иммунология								
Гастроэнтерология								
Гематология								
Гериатрия								
Дерматология								
Детская онкология, из них:								
детская онкогематология								
химиотерапия								
радиология, радиотерапия								
Инфекционные болезни								
Кардиология								
Колопроктология								
Медицинская реабилитация								
Неврология								
Нейрохирургия								
Неонатология								
Нефрология								
Онкология, из них:								
онкогематология								
химиотерапия								
радиология, радиотерапия								
Оториноларингология								
Офтальмология								
Педиатрия								
Пульмонология								
Ревматология								
Сердечно-сосудистая хирургия								
Терапия								
Торакальная хирургия								
Травматология и ортопедия								
Урология								
Хирургия (абдоминальная)								
Хирургия (комбустиология)								
Челюстно-лицевая хирургия								
Эндокринология								
Прочие								

1. Методика планирования ресурсов при оказании медицинской помощи в рамках территориальной программы

1. Медицинская помощь в стационарных условиях

1.1. Определение абсолютного количества коек (К):

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

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

Н – численность населения;

Д – среднегодовая занятость койки.

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

1.2. Определение фактической среднегодовой занятости койки (Д):

Д = 365 дней в году – t_r – (t_o x 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 абортов – 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; Н = 1 000 000 человек; t_r = 10,0 дней; t_o = 1,0 день,

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

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

Д = 365 – 10 – (1 x 23) = 332 дня.

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

2. Медицинская помощь в амбулаторных условиях

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

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

В – число врачебных должностей;

П – утвержденный норматив посещений на одного жителя в год;

Н – численность населения;

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

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

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

Приложение 15

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)**.

$$\mathbf{Кв} = \frac{\mathbf{Рф}}{\mathbf{Рн}}$$, где:

Рф - фактическое число посещений;

Рн - 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

Kr = Of : On, где:

Of - фактический оборот койки, как отношение фактической занятости койки (Uf) к фактическим срокам лечения (Bf)

On - нормативный оборот койки, как нормативная занятость койки (Un) к нормативному сроку лечения (Bn)

$$\mathbf{Kr} = \frac{\mathbf{Of}}{\mathbf{On}} = \frac{\mathbf{Uf}}{\mathbf{Bf}} : \frac{\mathbf{Un}}{\mathbf{Bn}}$$

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

$$\mathbf{Ks} = \frac{\mathbf{Us}}{\mathbf{Uo}}$$, где:

Ks – коэффициент целевого использования коечного фонда,

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

Uo – общее количество госпитализированных больных

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

Кэ = Kr x Ks

Экономический ущерб определяется по формуле:

У = Ф х (1 - Кэ) где:

У – экономический ущерб в рублях

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

Кэ – 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 (Кп) и стационара (Кс).**

Для этого сумма фактических расходов поликлиники **(Фп)** и стационара **(Фс)** сравнивается с утвержденными суммами расходов по поликлинике **(Пп)** и стационару **(Пс)**

$$\text{Кп} = \frac{\text{Фп}}{\text{Пп}} \qquad \text{Кс} = \frac{\text{Фс}}{\text{Пс}}$$

Эффективной следует считать деятельность поликлиники и стационара, если Кп и Кс ниже Кв и Кэ.

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

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