Приложение

О ФОРМИРОВАНИИ И ЭКОНОМИЧЕСКОМ ОБОСНОВАНИИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА 2025 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2026 И 2027 ГОДОВ

Органы государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2024 г. № 1940 (далее – Программа), разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающие в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования (далее соответственно – территориальная программа, территориальная программа ОМС).

Стоимость территориальной программы формируется за счет:

– бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации и, в случае передачи органами государственной власти субъекта Российской Федерации соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления, – местных бюджетов (далее – соответствующие бюджеты),

– средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) на финансовое обеспечение территориальной программы ОМС и утверждается в виде приложения к территориальной программе по форме согласно приложениям 1, 2.1 и 2.2 к настоящим разъяснениям.

Бюджетные ассигнования федерального бюджета и бюджета субъекта Российской Федерации, предусмотренные постановлением Правительства от 26 декабря 2017 г. № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (далее – государственная программа «Развитие здравоохранения») на реализацию государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» и входящих в нее федеральных проектов и иных программных мероприятий, а также соответствующих государственных программ/подпрограмм и целевых региональных проектов субъекта Российской Федерации, направленных на развитие здравоохранения, финансирование мероприятий и мер по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения,

а также средства ОМС, предусмотренные в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – Федеральный фонд) на финансовое обеспечение предоставления застрахованным лицам специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи (далее – ВМП), оказываемой медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, в соответствии с едиными требованиями базовой программы ОМС (далее соответственно – федеральная медицинская организация, базовая программа ОМС), в нормативы объема медицинской помощи и стоимость территориальной программы не включаются.

В то же время, в текстовой части территориальной программы отражаются предусмотренные Программой гарантии бесплатной медицинской помощи в части мероприятий, финансовое обеспечение которых отнесено Программой к компетенции федерального бюджета, в том числе за счет субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации в целях софинансирования расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при реализации государственной программы «Развитие здравоохранения», включая мероприятия по:

– предупреждению и борьбе с социально значимыми инфекционными заболеваниями (закупка диагностических средств для выявления и мониторинга лечения пациентов с туберкулезом, лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека, в том числе в сочетании с вирусами гепатитов В и (или) С);

– оказанию гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, по перечню видов ВМП, установленному в рамках Программы на соответствующий финансовый год и плановый двухлетний период;

– осуществлению единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам, а также акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, центров (отделений) общей врачебной практики (семейной медицины), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо города с населением до 50 тыс. человек;

– развитию системы оказания паллиативной медицинской помощи в части дооснащения (переоснащения, оснащения) медицинских организаций, оказывающих специализированную паллиативную медицинскую помощь, медицинскими изделиями и автомобилями для предоставления выездной

патронажной паллиативной медицинской помощи взрослым и детям, а также обеспечение пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи, лекарственными препаратами для купирования тяжелых симптомов заболевания, в том числе для обезболивания;

– реализации региональных проектов по обеспечению в амбулаторных условиях лекарственными препаратами находящихся под диспансерным наблюдением лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, аортокоронарное шунтирование, ангиопластику коронарных артерий со стентированием, страдающих ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью;

– проведению массового обследования новорожденных на врожденные и (или) наследственные заболевания (расширенный неонатальный скрининг): первичного, а при необходимости повторного лабораторного исследования образцов крови новорожденных; подтверждающей биохимической, и (или) молекулярно-генетической, и (или) молекулярно-цитогенетической диагностики, проводимой в медико-генетических консультациях (центрах) медицинских организаций;

– обеспечению системами непрерывного мониторинга глюкозы детей с сахарным диабетом 1 типа в возрасте от 2 до 17 лет включительно и беременных женщин с сахарным диабетом 1 типа, сахарным диабетом 2 типа, с моногенными формами сахарного диабета и гестационным сахарным диабетом, состоящих в медицинских организациях на диспансерном учете по беременности;

– обеспечению в амбулаторных условиях противовирусными лекарственными препаратами лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, с диагнозом «хронический вирусный гепатит С»;

– проведению вакцинации против пневмококковой инфекции граждан старше трудоспособного возраста из групп риска, проживающих в организациях социального обслуживания;

– закупки авиационных работ в целях оказания медицинской помощи (скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи);

– оснащению (переоснащению, дооснащению) медицинскими изделиями: региональных сосудистых центров и первичных сосудистых отделений медицинских организаций; медицинских организаций, оказывающих помощь больным с онкологическими заболеваниями (онкологических диспансеров, онкологических больниц, а также иных медицинских организаций, имеющих в своей структуре онкологические отделения); медицинских организаций, имеющих в своей структуре подразделения, оказывающие медицинскую

помощь по медицинской реабилитации;

– реализации федерального проекта «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)» и соответствующих региональных проектов, посредством внедрения в медицинских организациях государственной системы здравоохранения субъектов Российской Федерации и муниципальной системы здравоохранения медицинских информационных систем, соответствующих требованиям Министерства здравоохранения Российской Федерации.

При этом расходы федерального бюджета на указанные мероприятия в стоимость территориальных программ и финансовых нормативов не включаются.

Объемы специализированной, в том числе ВМП, оказываемой в условиях дневного и круглосуточного стационара федеральными медицинскими организациями в рамках базовой программы ОМС в пределах нормативов, предусмотренных приложением № 2 к Программе, за счет бюджетных ассигнований из бюджета Федерального фонда, учитываются субъектом Российской Федерации при формировании территориальной программы ОМС, но не включаются в нормативы объема медицинской помощи, утвержденные территориальной программой ОМС, и ее стоимость.

Также при формировании территориальной программы субъект Российской Федерации учитывает объемы высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов ВМП, не включенных в базовую программу ОМС, согласно разделу II приложения № 1 к Программе, оказываемой федеральными медицинскими организациями за счет субсидии из бюджета Федерального фонда, которые не включаются в нормативы объема медицинской помощи и стоимость территориальной программы. С учетом потребности населения субъекта Российской Федерации прогнозные объемы специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, которая может быть предоставлена федеральными медицинскими организациями, в разрезе профилей и условий оказания медицинской помощи, устанавливаются отдельным приложением к территориальной программе.

Стоимость территориальной программы в разрезе источников ее финансирования формируется и утверждается в виде приложения к территориальной программе по форме согласно приложению 1 «Стоимость территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по источникам финансового обеспечения на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов» (далее – приложение 1) к настоящему информационному письму.

Для расчета потребности в бюджетных ассигнования соответствующих бюджетов на финансовое обеспечение территориальной программы на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, в целях обеспечения выполнения расходных обязательств субъектов Российской Федерации, в том числе в части заработной платы медицинских работников и обеспечения дополнительных мер социальной защиты (поддержки) отдельных категорий граждан, предоставляемых в соответствии с законодательством Российской Федерации и субъекта Российской Федерации, применяются:

1) Подушевые нормативы финансирования за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов (в расчете на одного жителя) устанавливаются на основе средних подушевых нормативов финансирования, предусмотренных Программой (без учета расходов федерального бюджета): в 2025 году – 5 053,8 рубля, 2026 году – 5 468,4 рубля и 2027 году – 5 795,3 рубля; с учетом региональных особенностей и коэффициентов дифференциации и доступности медицинской помощи, рассчитанных согласно пункту 2 методики распределения субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования (далее – территориальные фонды ОМС) на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере ОМС, утвержденной 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 соответственно – Методика, субвенция, постановление Правительства Российской Федерации № 462).

Обязательность применения коэффициента дифференциации, рассчитанного в соответствии с Методикой, для определения нормативного объема расходов бюджета субъекта Российской Федерации на финансовое обеспечение территориальных программ (пункт 8.1. приложения № 2 к Правилам определения расчетного объема расходных обязательств субъекта Российской Федерации и муниципальных образований, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. № 670 «О распределении дотаций на выравнивание бюджетной обеспеченности субъектов Российской Федерации») была установлена

постановлением Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2021 г. № 2435. В то же время постановлением Правительства Российской Федерации от 30 сентября 2023 г. № 1618 были внесены изменения и дополнения в постановление Правительства Российской Федерации № 462, в том числе скорректирована формула для расчета размера субвенции, предоставляемой из бюджета Федерального фонда бюджету конкретного территориального фонда ОМС (пункт 2 Методики), за счет выделения из коэффициента дифференциации для конкретного субъекта Российской Федерации или г. Байконура коэффициента доступности медицинской помощи для соответствующего субъекта Российской Федерации или г. Байконура.

Таким образом, подушевые нормативы финансирования территориальной программы за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов формируются как производное вышеуказанных средних подушевых нормативов финансирования, предусмотренных Программой, коэффициента дифференциации и коэффициента доступности медицинской помощи, представленных в приложении 3 «Коэффициент дифференциации и коэффициент доступности медицинской помощи на 2025 год, рассчитанные в соответствии с Методикой, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации № 462» (далее – приложение 3) к настоящему информационному письму. Кроме того, при расчете территориальных программ Москвы и Санкт–Петербурга, к подушевым нормативам финансирования за счет бюджетных ассигнований бюджетов указанных субъектов Российской Федерации применяются также понижающие коэффициенты корректировки по доле участия федеральных медицинских организаций в территориальной программе ОМС (0,975 и 0,980 соответственно).

Коэффициенты дифференциации и коэффициенты доступности медицинской помощи, представленные в приложении 3, используются также при расчете финансовых нормативов территориальных программ на плановый период 2026 и 2027 годов.

2) Прогнозная численность населения субъекта Российской Федерации (человек) по данным Территориального органа Федеральной службы государственной статистики, подтвержденная в установленном порядке руководителем указанного Территориального органа Росстата (далее – прогнозная численность населения) по прогнозу Росстата на 1 января 2025 года.

При этом утвержденная стоимость территориальной программы за счет бюджетных ассигнования соответствующих бюджетов (сумма строк 2 и 8 приложения 1 должна соответствовать расчетной потребности

на ее реализацию в части обеспечения населения бесплатной медицинской помощью, не включенной в территориальную программу ОМС, а также выполнения установленных Программой дополнительных социальных гарантий и льгот.

Таблица приложения 1 дополнена графами 5 и 6, в которых указывается размер бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, утвержденных законом о бюджете субъекта Российской Федерации на финансовое обеспечение территориальной программы (строка 1), включая межбюджетные трансферты из консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации, передаваемые в бюджет территориального фонда ОМС (далее – межбюджетные трансферты) на финансовое обеспечение территориальной программы ОМС в случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой ОМС (строка 6) и межбюджетные трансферты на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, предоставляемых в дополнение к установленным базовой программой ОМС (строка 8).

В случае, когда размер бюджетных ассигнований, предусмотренный законом о бюджете субъекта Российской Федерации на финансовое обеспечение территориальной программы (сумма значений строк 2 и 8 в графе 5 приложения 1 к настоящему информационному письму), не покрывает расходов на ее реализацию, рассчитанных на основании средних подушевых нормативов финансирования Программы, скорректированных с учетом региональных особенностей (в том числе коэффициентов дифференциации и доступности медицинской помощи), и прогнозной численности населения, органом государственной власти субъекта Российской Федерации (руководителем исполнительного органа субъекта Российской Федерации в финансовой сфере) утверждается график ликвидации дефицита финансового обеспечения территориальной программы за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, предусматривающий погашение указанной задолженности не позднее 1 декабря текущего года.

Выписка из закона о бюджете субъекта Российской Федерации, заверенная руководителем исполнительного органа субъекта Российской Федерации в финансовой сфере, и график ликвидации дефицита финансового обеспечения территориальной программы за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов (в случае необеспечения в полном объеме стоимости утвержденной территориальной программы бюджетными ассигнованиями консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации, принятого по состоянию на начало текущего финансового года)

в установленном порядке представляются в Минздрав России вместе с утвержденной территориальной программой.

Стоимость территориальной программы по видам и условиям оказания медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов (в части нормируемой медицинской помощи) и средств ОМС рассчитывается как сумма произведений территориальных нормативов объема и нормативов финансового обеспечения единицы объема медицинской помощи по каждому виду (отдельным целевым подгруппам внутри вида медицинской помощи, например, комплексные посещения в рамках: профилактических медицинских осмотров; диспансеризации; диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин; диспансерного наблюдения по поводу отдельных заболеваний/групп заболеваний; посещений с профилактическими целями центров здоровья; несмотря на отнесение к одному виду «Первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях», каждая целевая подгруппа включает в себя различные перечень мероприятий и имеет отдельный финансовый норматив) с учетом условий оказания.

Территориальные нормативы объема и финансового обеспечения единицы объема медицинской помощи, оказываемой за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и средств ОМС, формируются на основании средних нормативов объема медицинской помощи и средних нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных приложением № 2 к Программе, с учетом особенностей половозрастного состава, 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 утверждаются в виде приложения (в табличной форме) к территориальной программе по форме согласно приложениям 2.1 ««Утвержденная стоимость территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по видам и условиям ее оказания за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на 2025 год» и 2.2 «Утвержденная стоимость территориальной программы обязательного медицинского страхования по видам и условиям оказания медицинской помощи субъекта Российской Федерации на 2025 год» (далее – приложения 2.1 и 2.2) к настоящему информационному письму. Территориальные нормативы объема и финансового обеспечения единицы объема медицинской помощи по видам и условиям ее оказания также могут

быть указаны в текстовой части территориальной программы.

Расходы на финансовое обеспечение авиационных работ при санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами, учитываются в территориальных нормативах финансового обеспечения единицы объема скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, оказываемой за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, за исключением средств субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации в целях софинансирования расходных обязательств субъектов российской федерации, возникающих при реализации региональных проектов, обеспечивающих достижение целей, результатов и показателей федерального проекта «Совершенствование экстренной медицинской помощи», входящего в состав национального проекта «Продолжительная и активная жизнь», посредством закупки авиационных работ в целях оказания медицинской помощи (скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи).

Расходы на финансовое обеспечение медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в специализированных медицинских организациях и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь при заболеваниях, не включенных в базовую программу ОМС (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) (далее – социально значимые заболевания, не входящие в базовую программу ОМС), учитываются в территориальных нормативах финансового обеспечения единицы объема первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и условиях дневных стационаров, а также специализированной медицинской помощи в условиях дневных и круглосуточных стационаров, предоставляемой за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, и включаются в перечисленные объемы медицинской помощи по видам и условиям оказания.

В территориальные нормативы объема и финансового обеспечения единицы объема медицинской помощи в условиях дневных и круглосуточных стационаров, предоставляемой за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, включаются также расходы на долечивание после стационарного лечения и медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация» при вышеуказанных заболеваниях, осуществляемые в санаторно-курортных организациях, подведомственных исполнительному органу субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

Территориальные нормативы объема и финансового обеспечения единицы объема паллиативной медицинской помощи, оказываемой населению, включая ветеранов боевых действий, за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов в рамках первичной медицинской помощи, в том числе доврачебной и врачебной, (посещения по паллиативной медицинской помощи без учета посещений на дому патронажными бригадами и посещения на дому выездными патронажными бригадами, в том числе для детского населения), включены в территориальные нормативы объема и финансового обеспечения единицы объема первичной медико-санитарной помощи (посещения с иными целями).

Паллиативная медицинская помощь, предоставляемая в условиях дневных стационаров, не нормируется, но учитывается в территориальных нормативах объема и финансового обеспечения единицы объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в условиях дневных стационаров.

Объемы медицинской помощи при социально значимых заболеваниях, не входящих в базовую программу ОМС, и медицинской помощи по видам и условиям оказания, входящей в базовую программу ОМС, предоставляемой лицам, не застрахованным по ОМС и не идентифицируемым в системе ОМС (далее – незастрахованные лица), и расходы на ее оказание, включаются в территориальные нормативы объема и финансового обеспечения единицы объема медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов. При этом в соответствии с нормами Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326–ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326–ФЗ) указанная медицинская помощь не может быть предоставлена незастрахованным лицам по территориальной программе ОМС за счет средств межбюджетных трансфертов на финансовое обеспечение территориальной программы ОМС как в части дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой ОМС, так и в части дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, предоставляемых в дополнение к установленным базовой программой ОМС.

Расходы на содержание и обеспечение деятельности подведомственных медицинских организаций, включая: оплату работ, услуг, в том числе коммунальных; приобретение, обслуживание, ремонт основных средств (медицинского и иного оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря), медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований; увеличение стоимости материальных запасов, (лекарственных

препаратов, в том числе иммуно-биологических препаратов, тест-систем, используемых для диагностики и контроля за эффективностью лечения социально значимых заболеваний, не входящих в базовую программу ОМС, перевязочных средств, продуктов питания питание, горюче–смазочных материалов и т.д.); применение телемедицинских (дистанционных) технологий при оказании медицинской помощи; включаются в территориальные нормативы финансового обеспечения нормируемой медицинской помощи по видам и условиям ее оказания за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, предоставляемую в том числе при социально значимых заболеваниях, не включенных в базовую программу ОМС.

Стоимость территориальной программы за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов включает в себя также расходы на:

– ненормируемую медицинскую помощь и прочие виды медицинских и иных услуг, в том числе:

1) медицинские и иные государственные и муниципальные услуги (работы), оказываемые (выполняемые) в медицинских организациях, подведомственных исполнительному органу субъекта Российской Федерации и органам местного самоуправления соответственно, включая центры профилактики и борьбы со СПИДом, врачебно-физкультурные диспансеры, центры охраны здоровья семьи и репродукции, центры охраны репродуктивного здоровья подростков, медико-генетических центры (консультации) и соответствующие структурные подразделения медицинских организаций, центры медицинской профилактики, центры профессиональной патологии и соответствующие структурные подразделения медицинских организаций, бюро судебно-медицинской экспертизы, патолого-анатомические бюро и патолого-анатомические отделения медицинских организаций, медицинских информационно–аналитических центры, бюро медицинской статистики, станции переливания крови (центры крови) и отделения переливания крови (отделениях трансфузиологии) медицинских организаций, дома ребенка, включая специализированные, молочные кухни, а также прочие медицинские организации, входящие в номенклатуру медицинских организаций, утверждаемую Министерством здравоохранения Российской Федерации, (далее – подведомственные медицинские организации),

за исключением медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС;

При этом расходы на содержание и обеспечение деятельности указанных медицинских организаций, включая: оплату работ, услуг, в том числе коммунальных; приобретение, обслуживание, ремонт основных средств

(медицинского и иного оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря), медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований; увеличение стоимости материальных запасов, (лекарственных препаратов, в том числе иммуно-биологических препаратов, тест–систем, используемых для диагностики и контроля за эффективностью лечения социально значимых заболеваний, не входящих в базовую программу ОМС, перевязочных средств, продуктов питания питание, горюче–смазочных материалов и т.д.); применение телемедицинских (дистанционных) технологий при оказании медицинской помощи, прочие расходы указанных подведомственных медицинских организаций учитываются при формировании государственного задания на оказание (выполнение) медицинских и иных государственных и муниципальных услуг (работ) и включаются в территориальные подушевые нормативы финансового обеспечения территориальной программы за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов;

2) медицинскую деятельность, связанную с донорством органов и тканей человека в целях трансплантации (пересадки), в том числе обследование донора, давшего письменное информированное добровольное согласие на изъятие своих органов и (или) тканей для трансплантации, в подведомственных медицинских организациях, предусмотренное Порядком проведения медицинского обследования донора, давшего письменное информированное добровольное согласие на изъятие своих органов и (или) тканей для трансплантации, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 июля 2022 г. № 519н;

3) оказываемую в подведомственных медицинских организациях высокотехнологичную медицинскую помощь по перечню видов ВМП, не включенных в базовую программу ОМС, согласно разделу II приложения № 1 к Программе (за исключением видов ВМП, не включенных в базовую программу ОМС, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации в целях софинансирования расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при реализации государственной программы «Развитие здравоохранения»), а также дополнительные объемы ВМП по видам, включенным в базовую программу ОМС согласно разделу I приложения № 1 к Программе, в случаях, когда указанная ВМП предоставляется в рамках соглашения между исполнительным органом субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья и медицинской организацией о предоставлении субсидии из консолидированного бюджета

субъекта Российской Федерации на финансовое обеспечение выполнения государственного задания на оказание государственных услуг (выполнение работ) в части предоставления высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС, сверх объемов ВМП, финансовое обеспечение которых осуществляется по территориальной программе ОМС за счет средств ОМС, включая средства межбюджетных трансфертов на финансовое обеспечение дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой ОМС;

4) содержание и обеспечение деятельности подведомственных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы ОМС (за исключением бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, направляемые на указанные цели, включая расходы на увеличение размера оплаты труда медицинских работников, в виде межбюджетных трансфертов на финансовое обеспечение дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой ОМС), в том числе:

финансовое обеспечение расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи за счет средств ОМС, в том числе на приобретение лекарственных препаратов, используемых для диагностики социально значимых заболеваний, не входящих в базовую программу ОМС (иммунобиологических препаратов, тест-систем и т.п.), и применение телемедицинских (дистанционных) технологий при оказании медицинской помощи;

приобретение, обслуживание, ремонт основных средств (медицинского и иного оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря, медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований), за исключением расходов подведомственных медицинских организаций, осуществляемых за счет средств ОМС, предусмотренных на эти цели в структуре тарифов ОМС.

финансовое обеспечение объемов медицинской помощи, превышающих объемы, установленные в территориальной программе ОМС, в размере, превышающем размер субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов ОМС.

– ***дополнительные меры социальной защиты (поддержки) отдельных категорий граждан, предоставляемые в соответствии с законодательством Российской Федерации и субъекта Российской Федерации****, в том числе:*

обеспечение при амбулаторном лечении (бесплатно или с 50–процентной скидкой со стоимости) лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, продуктами лечебного (энтерального) питания;

бесплатное (со скидкой) зубное протезирование;

осуществление транспортировки пациентов с хронической почечной недостаточностью от места их фактического проживания до места получения заместительной почечной терапии и обратно.

В целях обеспечения преемственности, доступности и качества медицинской помощи, а также эффективной реализации территориальных программ субъектами Российской Федерации рекомендуется установить распределение медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы, по уровням, установленным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 апреля 2018 г. № 182 "Об утверждении методических рекомендаций о применении нормативов и норм ресурсной обеспеченности населения в сфере здравоохранения".

В соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 г. № 1130н (зарегистрировано в Минюсте России 12 ноября 2020 г. № 60869) (далее – приказ Минздрава России № 1130н) распределение медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде и новорожденным, осуществляется по группам.

Разъяснения по оплате медицинской помощи за счет средств ОМС, в том числе применение коэффициента уровня медицинской организации, представлены в «Методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования на 2025 год» Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28 января 2025 г. № 31-2/115 – 00-10-26-2-06/965, направленных в адрес руководителей органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья письмом Минздрава России от 28 января 2025 г. № 31-2/1304 (далее – Методические рекомендации).

Приложением к территориальной программе устанавливается полный пронумерованный перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы, в том числе территориальной программы ОМС в соответствии с реестром медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, с указанием медицинских

организаций, проводящих профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию, в том числе углубленную и для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также диспансерное наблюдение и медицинскую реабилитацию в разрезе условий согласно приложению 5 «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, в том числе углубленную диспансеризацию в 2025 году» к настоящим разъяснениям.

Федеральная медицинская организация включается в указанный перечень медицинских организаций в случае распределения ей объема предоставления медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет средств ОМС в рамках территориальной программы ОМС.

При формировании и экономическом обосновании территориальной программы и территориальной программы ОМС следует учитывать и включать в нее объемы скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и первичной медико-санитарной и первичной специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемые федеральными медицинскими организациями, в том числе подведомственными Федеральному медико-биологическому агентству, 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, утвержденные распоряжением Правительства Российской Федерации от 21 августа 2006 г. № 1156–р (далее соответственно – ФМБА России, территории, подлежащие обслуживанию ФМБА России, работники организаций с особо опасными условиями труда).

Федеральные медицинские организации также вправе осуществлять медицинскую эвакуацию в рамках оказания скорой медицинской помощи:

– при наличии в их структуре станции (отделения) скорой медицинской помощи с выездными бригадами скорой медицинской помощи, санитарного автотранспорта, оснащенного медицинским оборудованием в соответствии со стандартом, установленным приложением № 5 к Порядку оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н, в случае распределения им объемов

предоставления скорой медицинской помощи, включая медицинскую эвакуацию, в рамках территориальной программы ОМС;

– в рамках выполнения государственного задания на организацию и оказание медицинской помощи (лечебно-эвакуационное обеспечение) пострадавшим при чрезвычайной ситуации, в том числе при массовых случаях инфекционных заболеваний, предусмотренных Порядком организации и оказания Всероссийской службой медицины катастроф медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 ноября 2020 г. № 1202н, а также в рамках выполнения государственного задания за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, предусматривающего лечебно-эвакуационное обеспечение пациентов, установленного иным федеральным медицинским организациям и являющегося одним из основных направлений их уставной деятельности.

Предоставление дополнительных видов и объемов медицинской помощи, предусмотренных законодательством Российской Федерации, населению территорий, подлежащих обслуживанию федеральными медицинскими организациями ФМБА России, и работников организаций с особо опасными условиями труда), в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу, осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и не включается в объемы медицинской помощи по видам и условиям ее оказания, утвержденные территориальной программой ОМС.

В случаях, когда потребность вышеуказанных категорий населения в специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного и круглосуточного стационара, не обеспечивается в полной мере за счет объемов такой медицинской помощи, распределенных Минздравом России совместно с Федеральным фондом в рамках базовой программы федеральной медицинской организации, расположенной в ЗАТО, необходимые объемы специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, соответствующие объемы финансового обеспечения также следует учитывать при формировании и экономическом обосновании территориальной программы и предоставлять в рамках территориальной программы ОМС.

Объемы специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного и круглосуточного стационаров в экстренной форме федеральными медицинскими организациями, , соответствующие объемы финансового обеспечения учитываются при формировании и экономическом обосновании территориальной программы ОМС, за исключением случаев,

предусмотренных пунктом 7 Правил распределения и перераспределения объемов предоставления специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС, между медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 № 1944, а также случаев оказания медицинской помощи в экстренной форме пациентам во время получения специализированной медицинской помощи в плановой форме в федеральной медицинской организации, оплата которой осуществляется Федеральным фондом по тарифам, устанавливаемым в соответствии с разделами I и III приложения № 1 и приложениями № 3 и № 4 к Программе.

Вместе с тем в целях недопущения ограничения доступности для населения специализированной, преимущественно высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара иными федеральными медицинскими организациями в рамках базовой программы за счет обособленных средств бюджета Федерального фонда, в территориальной программе необходимо отразить информацию о прогнозном объеме на 2025 год такой медицинской помощи в разрезе условий оказания и профилей медицинской помощи, которая может быть оказана федеральными медицинскими организациями. Объем указанной медицинской помощи принимается во внимание субъектом Российской Федерации при формировании территориальной программы ОМС в соответствии с установленными Программой средними нормативами, однако указанные нормативы не включаются в территориальную программу и не учитываются при определении объема ее финансового обеспечения.

На основе распределения объемов медицинской помощи по видам, условиям и формам ее оказания в разрезе источников финансового обеспечения территориальной программы субъектом Российской Федерации устанавливаются дифференцированные нормативы объема медицинской помощи на одного жителя и нормативы объема медицинской помощи на одно застрахованное лицо и дифференцированные нормативы финансовых затрат на единицу соответствующего объема медицинской помощи с учетом этапов оказания медицинской помощи и уровней/групп медицинских организаций, которые могут быть обоснованно выше или ниже средних нормативов Программы.

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, застрахованным лицам осуществляется за счет средств ОМС, 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 ОМС (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 ОМС 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 ОМС.

Территориальная программа должна быть сбалансирована по видам, формам и условиям оказания медицинской помощи:

сокращение объема специализированной медицинской помощи в стационарных условиях должно сопровождаться увеличением объема медицинской помощи в условиях дневного стационара;

сокращение объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации должно сопровождаться увеличением объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме.

Территориальная программа ОМС должна содержать перечень нормативных правовых актов, в соответствии с которыми осуществляется маршрутизация застрахованных лиц при наступлении страхового случая, в разрезе условий, уровней и профилей оказания медицинской помощи, в том числе застрахованных лиц, проживающих в малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктах, а также в сельской местности.

При оказании медицинской помощи медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы, в том числе территориальной программы ОМС, не допускается замещение гражданам гарантированных законодательством Российской Федерации бесплатных медицинских услуг платными.

В целях усиления правовой грамотности населения медицинским организациям рекомендуется в доступной форме публиковать на своем официальном сайте в сети «Интернет» информацию:

о перечне заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно в рамках территориальной программы, в том числе территориальной программы ОМС;

о перечне медицинских услуг, в том числе в рамках профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и углубленной диспансеризации, диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, диспансерного наблюдения, медицинской реабилитации, отдельных диагностических исследований, оказание которых осуществляется бесплатно в рамках территориальной программы, в том числе территориальной программы ОМС;

о сроках ожидания медицинской помощи;

об адресах и телефонах страховых медицинских организаций и территориальных фондов ОМС.

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

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

Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323–ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323–ФЗ) 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 (в амбулаторных условиях, условиях дневного и круглосуточного стационара), а также по ее видам (для скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, первичной медико-санитарной помощи, специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи) и формам (для медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме в амбулаторных условиях).

На первом этапе при формировании территориальной программы рассчитываются и устанавливаются дифференцированные территориальные

нормативы объема медицинской помощи с учетом региональных особенностей.

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», формы федерального статистического наблюдения № 14–МЕД (ОМС) «Сведения о работе медицинских организаций в сфере ОМС» и иных форм статистического наблюдения (далее – формы федерального статистического наблюдения).

По данным Росстата на 1 января 2024 г. в структуре населения Российской Федерации женщины составляют 53,5%, мужчины – 46,5%, дети (в возрасте от нуля до семнадцати лет включительно) – 20,5%, взрослые (в возрасте 18 лет и старше) – 79,5%, лица в возрасте 65 лет и старше – 17,1%.

В случае, когда половозрастная структура населения (застрахованных лиц), уровень и структура заболеваемости в субъекте Российской Федерации аналогичны среднероссийским показателям, при формировании территориальной программы могут быть использованы нормативы Программы.

Обоснование территориальных дифференцированных нормативов объема медицинской помощи на одного жителя/одно 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 одного жителя/одно застрахованное лицо с учетом этапов оказания медицинской помощи, уровня и структуры заболеваемости (приложение 9 «Рекомендуемые поправочные коэффициенты стоимости обращения с учетом кратности посещений по поводу заболеваний по основным специальностям», приложение 12 «Рекомендуемые объемы специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по профилям медицинской помощи», приложение 17 «Количество посещений при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях на 2025 год»), особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности медицинских

организаций, их материально-технической базы, мощности и кадрового потенциала в разрезе профилей врачебных специальностей, в значительной степени определяющих маршрутизацию пациентов, 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, телемедицинских технологий и передвижных форм оказания медицинской помощи.

Нормативы объема медицинской помощи по видам и условиям ее оказания устанавливаются территориальной программой раздельно по источникам финансового обеспечения: за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и за счет средств ОМС (в рамках территориальной программы ОМС).

Для обоснования нормативов объема предоставления медицинской помощи на одно застрахованное лицо по видам и условиям ее оказания в рамках территориальной программы ОМС определяется потребность застрахованных лиц в объемах медицинской помощи, предоставляемых как в субъекте Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС (далее – территория страхования), так и за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС (далее – вне территории страхования), без учета предусмотренных в соответствии с нормативами базовой программы объемов специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам федеральными медицинскими организациями в условиях дневных и круглосуточных стационаров. С этой целью:

осуществляется прогноз объема предоставления медицинской помощи по территориальной программе ОМС, оказываемой в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории страхования, исходя из оценки их мощности, в разрезе профилей (специальностей) медицинской помощи по видам и условиям ее оказания;

определяется потребность застрахованных лиц в объемах предоставления медицинской помощи по территориальной программе ОМС, оказываемой медицинскими организациями, не включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории

страхования, в разрезе профилей (специальностей) медицинской помощи по видам и условиям ее оказания, в том числе первичной специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях, предоставляемой федеральными медицинскими организациями (первичные/повторные осмотры врачей–специалистов с целью очной консультации пациента, проведение ему необходимых инструментальных и лабораторных исследований для определения целесообразности/возможности госпитализации);

учитывается объем специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров, который может быть оказан застрахованным в субъекте Российской Федерации лицам федеральными медицинскими организациями исходя из соответствующих нормативов базовой программы в приложении № 2 к Программе; прогнозные показатели предоставления указанной медицинской помощи в разрезе условий ее оказания и профилей медицинской помощи отражаются в текстовой части территориальной программы ОМС как в абсолютных значениях, так и в показателях на одно застрахованное лицо, но не включаются в нормативы, утверждаемые территориальной программой ОМС;

оценивается потребность застрахованных лиц в получении бесплатной специализированной, преимущественно высокотехнологичной, медицинской помощи в федеральных медицинских организациях в объеме, превышающем нормативы базовой программы.

Субъект Российской Федерации вправе корректировать указанный объем с учетом реальной потребности граждан в медицинской помощи, и, соответственно, территориальные нормативы объема специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, могут быть обоснованно выше или ниже средних нормативов, установленных Программой.

При обосновании нормативов объема медицинской помощи на одно застрахованное лицо по видам и условиям оказания медицинской помощи по территориальной программе ОМС учитываются региональные особенности маршрутизации пациентов в период ограничительных мер, введенных в условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, и сроки ожидания оказания медицинской помощи, установленные территориальной программой.

Высший исполнительный орган государственной власти субъекта Российской Федерации при направлении территориальных программ, в том числе территориальных программ ОМС, для проведения мониторинга

формирования, экономического обоснования территориальных программ, осуществляемого в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 июня 2015 г. № 370н, представляет пояснительную записку и обоснование отклонений территориальных нормативов объемов медицинской помощи на одного жителя и на одно застрахованное лицо и нормативов финансовых затрат на единицу соответствующего объема медицинской помощи от нормативов, установленных приложением № 2 к Программе, с отражением расчетов потребности жителей/застрахованных лиц в медицинской помощи по видам и условиям ее оказания в разрезе профилей медицинской помощи.

В части медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, на основе реальной потребности населения и с учетом более низкого (по сравнению со среднероссийским) уровня заболеваемости и смертности населения от социально значимых заболеваний, не входящих в базовую программу ОМС, дифференцированные нормативы объема медицинской помощи, установленные в территориальных программах, могут быть обоснованно ниже средних нормативов, предусмотренных Программой.

С учетом динамики показателей заболеваемости и смертности населения от социально значимых заболеваний, не входящих в базовую программу ОМС, в разрезе субъектов Российской Федерации за прошедшие 5 лет при расчетах дифференцированных нормативов объема медицинской помощи, оказываемой за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, могут применяться понижающие коэффициенты к средним нормативам объема медицинской помощи, установленным Программой, для:

Белгородской области, Владимирской области, Калужской области, Костромской области, Московской области, Орловской области, Рязанской области, Тамбовской области, Архангельской области, Вологодской области, Ленинградской области, Мурманской области, г. Санкт-Петербурга, Республики Адыгея , Краснодарского края, Астраханской области, г. Севастополя, Республики Дагестан, Республики Ингушетия, Карачаево-Черкесской Республики, Чеченской Республики, Республики Марий Эл, Республики Мордовия, Чувашской Республики, Кировской области, Нижегородской области, Пензенской области, Самарской области, Саратовской области, Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, Республики Бурятия – в размере 0,7;

Брянской области, Ивановской области, Курской области, Ярославской области, Республики Карелия, Псковской области, Республики Калмыкия, Удмуртской Республики, Ульяновской области, Тюменской области, Томской

области – в размере 0,8;

Липецкой области, Тверской области, Тульской области, г. Москвы, Республики Коми, Республики Северная Осетия – Алания, Республики Башкортостан, Республики Татарстан, Оренбургской области, Республики Алтай – в размере 0,9.

В случае применения рекомендованных в приложении 4 «Рекомендуемые дифференцированные нормативы объема медицинской помощи, оказываемой за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации, на 2025 год» (далее – приложение 4) к настоящим разъяснениям понижающих коэффициентов при расчете территориальных нормативов объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, за счет перераспределения указанных средств в пределах размера подушевого норматива финансирования территориальной программы за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов (далее – подушевой норматив финансирования за счет бюджетных средств) могут быть увеличены как соответствующие нормативы финансовых затрат на единицу объема нормированной медицинской помощи, так и доля затрат на ненормируемую медицинскую помощь (медицинские работы/услуги), в том числе расходы на виды ВМП, не включенные в базовую программу ОМС, расходы на содержание и обеспечение деятельности подведомственных медицинских организаций, а также расходы на предоставление дополнительных мер социальной защиты (поддержки) отдельных категорий граждан, предоставляемые в соответствии с законодательством Российской Федерации и субъекта Российской Федерации (на бесплатное/льготное лекарственное обеспечение и зубное протезирование отдельных категорий граждан, санитарно–авиационную эвакуацию, медицинскую помощь незастрахованным лицам и пр.). При этом уменьшение подушевого норматива финансирования территориальной программы за счет бюджетных средств ниже размера среднего подушевого норматива финансирования за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, установленного Программой, скорректированного с учетом региональных особенностей, – недопустимо!

Рекомендуемые для установления в территориальных программах на 2025 год дифференцированные нормативы объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, рассчитанные с учетом вышеуказанных коэффициентов дифференциации объема медицинской помощи представлены в приложении 4 к настоящим разъяснениям.

В части медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной

программы ОМС, субъекту Российской Федерации рекомендуется устанавливать дифференцированные нормативы объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо по видам, формам и условиям оказания медицинской помощи с учетом вышеуказанных факторов (на основе распределения объема медицинской помощи для медицинских организаций первого, второго и третьего уровней 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 ОМС.

Дифференцированные нормативы объема медицинской помощи устанавливаются для каждого уровня медицинской организации в расчете на одного жителя/одно застрахованное лицо субъекта Российской Федерации на основе распределения объема медицинской помощи для медицинских организаций первого, второго и третьего уровней в субъекте Российской Федерации, а также с учетом объема медицинской помощи, оказываемой 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».

В соответствии с Программой нормативы объема предоставления медицинской помощи, за исключением специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой федеральными медицинскими организациями, включают нормативы объема предоставления медицинской помощи застрахованным лицам вне территории страхования.

При этом объемы предоставления медицинской помощи застрахованным лицам вне территории страхования и объемы ее финансового обеспечения не могут быть ниже соответствующих показателей предыдущего года (за исключением случаев структурных преобразований системы здравоохранения субъекта Российской Федерации, позволяющих в текущем году оказывать такую медицинскую помощь на территории страхования) и должны соответствовать объему расходов, включенных в закон о бюджете территориального фонда –ОМС.

Территориальные фонды представляют информацию о размере финансового обеспечения медицинской помощи, планируемой к оказанию

застрахованным лицам вне территории страхования, в соответствии с приложением 13 «Планирование объемов оказания медицинской помощи и их финансирования в рамках территориальных программ ОМС на территории страхования и за ее пределами на 2025 год» к настоящему письму.

При наличии отклонений в планируемых показателях объема предоставления медицинской помощи и/или объемах финансового обеспечения предоставления медицинской помощи застрахованным лицам вне территории страхования в пояснительной записке к территориальной программе указывается причина отклонений и меры, принимаемые регионом для исключения указанных отклонений.

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 затрат 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.

Применение поправочных повышающих коэффициентов, отражающих региональные особенности формирования долей расходов в структуре затрат на оказание медицинской помощи (коэффициентов дифференциации и доступности медицинской помощи), отражается в территориальной программе и пояснительной записке к ней. Расчет финансовых нормативов территориальной программы без учета применения указанных коэффициентов к расходам консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации в случаях, когда при формировании и экономическом обосновании стоимости территориальной программы ОМС за счет средств субвенции (в рамках базовой программы ОМС) применяются поправочные повышающие коэффициенты, рассчитанные в соответствии с Методикой, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации № 462, суммарное значение которых превышает 1,000.

При установлении в территориальной программе дифференцированных нормативов объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, осуществляется перераспределение указанных бюджетных ассигнований по видам и условиям оказания медицинской помощи, а также на оказание ненормируемой медицинской помощи, видов ВМП, не включенных в базовую программу ОМС, на содержание и обеспечение

деятельности подведомственных медицинских организаций, предоставление дополнительных мер социальной защиты (поддержки) отдельных категорий граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации и субъекта Российской Федерации (бесплатное/льготное лекарственное обеспечение при амбулаторном лечении, зубное протезирование отдельных категорий граждан), в пределах размера подушевого норматива финансирования за счет бюджетных средств.

Объемы медицинской помощи при социально значимых заболеваниях, не входящих в базовую программу ОМС, и медицинской помощи по видам и условиям оказания, входящей в базовую программу ОМС, предоставляемой незастрахованным лицам, и расходы на ее оказание включаются в территориальные нормативы объема и стоимости единицы объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

При этом, исходя из перечня и объема медицинских и иных услуг, предоставляемых незастрахованным лицам в рамках единицы объема медицинской помощи по видам и условиям ее оказания, установленные нормативы стоимости единицы объема указанной медицинской помощи могут быть обоснованно ниже соответствующих территориальных нормативов финансового обеспечения единицы объема медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов вследствие перераспределения финансовых средств внутри каждого финансового норматива в целях обеспечения сбалансированности расходов на нормируемую медицинскую помощь.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи за счет средств ОМС в рамках базовой программы устанавливаются с учетом коэффициента дифференциации, рассчитанного в соответствии с Методикой, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации № 462. Кроме того, с 2024 года постановлением Правительства Российской Федерации от 30 сентября 2023 г. № 1618 «О внесении изменений в методику распределения субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов ОМС на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» в расчет субвенции введен новый коэффициент доступности медицинской помощи, который обеспечит дополнительное увеличение субвенции для регионов с низкой плотностью населения, наличием труднодоступных и отдаленных местностей.

Указанный коэффициент доступности рекомендуется применять приоритетно к нормативам финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в целях оказания медицинской помощи:

с использованием передвижных форм оказания медицинской помощи (мобильных бригад);

в фельдшерских здравпунктах и фельдшерско–акушерских пунктах;

застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС.

Следует учитывать, что в целях обеспечения соответствия территориальных нормативов объема и стоимости единицы объема медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС, средним нормативам, установленным приложением № 2 к Программе для медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, нормируемые объемы медицинской помощи при заболеваниях, не включенных в базовую программу ОМС, и расходы на ее оказание за счет средств межбюджетных трансфертов на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, предоставляемых в дополнение к установленным базовой программой ОМС (далее – медицинская помощь, предоставляемая сверх базовой программы ОМС), учитываются в территориальных нормативах объема и стоимости единицы объема медицинской помощи, финансируемой за счет бюджетных ассигнований консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации, и отражаются в соответствующих строках граф 4, 6, 7, 9 приложения 2.1 к настоящему письму.

Кроме того, объемы медицинской помощи, предоставляемые сверх базовой программы ОМС за счет средств межбюджетных трансфертов на эти цели, включаются в территориальные нормативы объема и стоимости единицы объема медицинской помощи, финансируемой за счет средств ОМС, и отражаются в соответствующих строках граф D и E приложения 2.2 к настоящему письму, но не учитываются при оценке соответствия территориальной программы ОМС базовой программе ОМС.

На третьем этапе рассчитываются подушевые показатели расходов по каждому виду медицинской помощи как произведение норматива объема медицинской помощи по каждому виду (с учетом условий оказания) медицинской помощи и норматива финансовых затрат на единицу соответствующего объема медицинской помощи в разрезе источников финансового обеспечения. Затем путем суммирования подушевых расходов по видам и условиям оказания медицинской помощи рассчитываются подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет

бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, включающий в себя также подушевые расходы на ненормируемую медицинскую помощь и на дополнительные меры социальной защиты (поддержки) отдельных категорий граждан, предоставляемые в соответствии с законодательством Российской Федерации и субъекта Российской Федерации, и подушевой норматив финансирования территориальной программы ОМС за счет средств ОМС, включая средства межбюджетных трансфертов на финансовое обеспечение дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой ОМС, и межбюджетных трансфертов на финансовое обеспечение медицинской помощи, предоставляемых сверх базовой программой ОМС.

Таким образом, подушевой норматив финансирования за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов включает в себя расходы на:

– оказание нормируемой медицинской помощи при социально значимых заболеваниях, не входящих в базовую программу ОМС, а также медицинской помощи незастрахованным лицам;

– оказание в подведомственных медицинских организациях, ненормируемой медицинской помощи и прочих видов медицинских и иных услуг, в том числе:

видов ВМП –, не включенных в базовую программу ОМС;

обследование донора, давшего письменное информированное добровольное согласие на изъятие своих органов и (или) тканей для трансплантации и иных мероприятий, связанных с осуществлением донорства органов и тканей человека в целях трансплантации (пересадки);

пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка у беременных женщин, неонатального скрининга на 5 наследственных и врожденных заболеваний (в части исследований и консультаций в медико-генетических центрах/консультациях), медико-генетических исследований;

содержание и обеспечение деятельности подведомственных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по территориальным программам ОМС, в том числе финансовое обеспечение расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи за счет средств ОМС, а также приобретение, обслуживание, ремонт основных средств (медицинского и иного оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря, в том числе стоимостью свыше 400 тысяч рублей за единицу, медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований, стоимостью до 1 млн рублей);

– *предоставление отдельным категориям граждан в соответствии*

с законодательством Российской Федерации и субъекта Российской Федерации дополнительных мер социальной защиты (поддержки), включая:

обеспечение при амбулаторном лечении (бесплатно или с 50–процентной скидкой со свободных цен) лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, продуктами лечебного (энтерального) питания (в том числе для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или к их инвалидности, граждан зарегистрированными в установленном порядке на территории Российской Федерации;

бесплатное (со скидкой) зубное протезирование;

осуществление транспортировки пациентов с хронической почечной недостаточностью от места их фактического проживания до места получения заместительной почечной терапии и обратно.

В случае предоставление отдельным категориям граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации и субъекта Российской Федерации дополнительных мер социальной защиты (поддержки) органами и организациями социальной защиты субъекта Российской Федерации, иными уполномоченными органами и организациями за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, не предусмотренных в бюджете исполнительного органа субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, перечень дополнительных мер социальной защиты (поддержки) включается в текстовую часть территориальной программы с указанием способа их предоставления (в виде социальной услуги, денежной компенсации и т.д.) и ответственного органа/организаций, но не отражается в приложении 2.1 к настоящим разъяснениям.

Подушевой норматив финансирования за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов устанавливается с учетом региональных особенностей (коэффициента дифференциации и коэффициента доступности медицинской помощи, представленных в приложении 4 к настоящему информационному письму), что обеспечивает выполнение расходных обязательств субъекта Российской Федерации, в том числе в части заработной платы медицинских работников.

При этом расходы на финансовое обеспечение компенсационных выплат (доплат и надбавок компенсационного характера, в том числе за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных, включая работу с вредными и (или) опасными условиями труда, работу в особых климатических условиях и на территориях, подвергшихся радиоактивному загрязнению, и иные выплаты компенсационного характера), установленных «Трудовым кодексом

Российской Федерации» от 30 декабря 2001 г. № 197–ФЗ (далее – Трудовой кодекс Российской Федерации), иными законодательными и нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, в том числе нормативными правовыми актами субъекта Российской Федерации, медицинским работникам подведомственных медицинских организаций, осуществляемые за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, включаются в финансовые нормативы территориальной программы для нормируемой и ненормируемой медицинской помощи и соответствующий подушевой норматив ее финансирования.

Следует учитывать, что в целях обеспечения соответствия подушевых нормативов финансирования территориальной программы за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов на 2025–2027 годы (без учета коэффициента дифференциации и коэффициента доступности медицинской помощи) средним подушевым нормативам финансирования за счет указанного источника, предусмотренным Программой (в 2025 году – 5 053,8 рубля, 2026 году – 5 468,4 рубля и 2027 году – 5 795,3 рубля), в размер территориальных подушевых нормативов включаются подушевые расходы за счет средств межбюджетных трансфертов на финансовое обеспечение медицинской помощи, предоставляемой сверх базовой программы ОМС, что отражается в тексте территориальной программы и приложении 2.1 к настоящим разъяснениям.

Подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет средств ОМС устанавливается с учетом коэффициента дифференциации, коэффициента корректировки по доле участия федеральных медицинских организаций в территориальной программе ОМС и коэффициента доступности.

В целях организации ОМС в субъектах Российской Федерации подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет средств ОМС включает расходы на организацию осуществления полномочий Российской Федерации, переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации (средства на административно–управленческие расходы системы ОМС), которые планируются как сумма расходов на ведение дела страховых медицинских организаций (в соответствии с установленным в бюджете территориального фонда ОМС на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов нормативом в размере не менее 0,8% и не более 1,1% от суммы средств, поступивших в страховую медицинскую организацию по дифференцированным подушевым нормативам) и расходов на обеспечение выполнения территориальным фондом ОМС своих функций, установленных законом о бюджете территориального фонда ОМС в соответствии

с законодательством Российской Федерации в сфере ОМС.

При этом норматив расходов на ведение дела страховых медицинских организаций должен учитывать возрастающие функции страховых медицинских организаций по индивидуальному информационному сопровождению застрахованных лиц, а также рост расходов, обусловленных макроэкономическими показателями прогноза социально-экономического развития Российской Федерации.

Не допускается установление за счет субвенции Федерального фонда в территориальной программе ОМС расходов на обеспечение территориальным фондом ОМС своих функции и расходов на ведение дела страховых медицинских организаций за счет снижения средних нормативов объема медицинской помощи и их финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, предусмотренных приложением № 2 к Программе.

Финансовое обеспечение компенсационных выплат отдельным категориям лиц, подвергающихся риску заражения новой коронавирусной инфекцией, порядок предоставления которых установлен постановлением Правительства Российской Федерации от 15 июля 2022 г. № 1268 «О порядке предоставления компенсационной выплаты отдельным категориям лиц, подвергающихся риску заражения новой коронавирусной инфекцией», осуществляется за счет средств фонда оплаты труда медицинской организации, сформированного из всех источников, разрешенных законодательством Российской Федерации, в том числе средств ОМС.

На четвертом этапе определяется стоимость территориальной программы за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и средств ОМС и рассчитывается доля расходов на оказание медицинской помощи в разрезе видов (условий оказания) в общих расходах на медицинскую помощь в рамках территориальной программы.

При формировании и определении стоимости территориальной программы на 2025 год за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, а также стоимости территориальной программы ОМС за счет средств ОМС учитывается соответственно численность населения субъекта Российской Федерации по прогнозу Росстата на 1 января 2025 года и численность застрахованных лиц по данным единого регистра застрахованных лиц на 1 января 2024 года.

Размер бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов на реализацию территориальной программы на 2025 год определяется исходя из величины подушевого норматива финансирования за счет бюджетных средств, установленного территориальной программой, и численности населения субъекта Российской Федерации.

В случае утверждения стоимости территориальной программы на 2025 год с дефицитом ее финансового обеспечения за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, необходимо в срок до 1 февраля 2025 года представить в Минздрав России:

– информацию о размере:

утвержденных бюджетных ассигнований (за исключением взносов на ОМС неработающего населения), направляемых на реализацию территориальной программы в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу, и иных расходов (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 ОМС в части базовой программы необходимо величину среднего подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного Программой на 2025 год в расчете на одно застрахованное лицо (22 543,7 руб.), умножить на коэффициент дифференциации, коэффициент корректировки по доле участия федеральных медицинских организаций в территориальной программе ОМС, коэффициент доступности и на численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации по состоянию на 1 января 2024 года.

Размер финансового обеспечения медицинской помощи по территориальной программе ОМС не включает средства на обеспечение выполнения территориальными фондами ОМС своих функций.

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

Стоимость территориальной программы ОМС не включает средства, возмещенные территориальному фонду ОМС по месту оказания медицинской помощи за медицинскую помощь, оказанную лицам, 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 онкологических заболеваний по результатам

диспансеризации населения.

В рамках подушевого норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС субъект Российской Федерации может устанавливать дифференцированные нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо (которые могут быть обоснованно выше или ниже соответствующих средних нормативов, установленных Программой) по видам, формам, условиям и этапам оказания медицинской помощи с учетом особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности медицинских организаций, уровня и структуры заболеваемости населения, а также климатических и географических особенностей регионов.

В целях обоснования дифференциации территориальных нормативов объема медицинской помощи и ее финансового обеспечения для последующего утверждения в рамках территориальной программы следует обеспечить учет и провести анализ соответствующих показателей по видам и условиям оказания медицинской помощи.

Размер субвенции из бюджета Федерального фонда обеспечивает сохранение отношения заработной платы к среднемесячному доходу от трудовой деятельности в регионе для врачей, составляющего 200 процентов, среднего медицинского персонала – 100 процентов в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. N 597 "О мероприятиях по реализации государственной социальной политики" с учетом доли средств ОМС в фонде оплаты труда врачей и среднего медицинского персонала, составляющей 83 процента (в среднем по медицинским организациям, участвующим в территориальной программе ОМС субъекта Российской Федерации).

При этом, в соответствии с Методикой, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации № 462, указанный процент не учитывается при расчете субвенции из бюджета Федерального фонда.

Первичная медико-санитарная помощь

В соответствии с Федеральным законом № 323–ФЗ 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. Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях

дневного стационара.

Программой предусмотрена приоритетность финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи.

1.1. Для первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, раздельно по источникам финансового обеспечения, устанавливаются нормативы объема медицинской помощи, оказываемой:

с профилактической и иными целями (посещений, комплексных посещений)

за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов:

– территориальный норматив посещений с профилактической и иными целями, включающий в том числе разовые посещения при заболеваниях, в том числе доврачебные и врачебные, посещения по паллиативной медицинской помощи без учета посещений на дому патронажными бригадами и посещения на дому выездными патронажными бригадами);

за счет средств ОМС в рамках базовой программы:

– территориальный норматив комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров (включающий первое посещение в году для проведения диспансерного наблюдения);

– территориальный норматив комплексных посещений для проведения диспансеризации, в том числе территориальный норматив комплексных посещений для проведения углубленной диспансеризации;

– территориальный норматив комплексных посещений для проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;

– территориальный норматив посещений с иными целями;

– территориальный норматив комплексных посещений по посещениям с профилактическими целями центров здоровья;

по поводу заболевания (обращений):

за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов:

– территориальный норматив обращений в связи с заболеваниями;

за счет средств ОМС в рамках базовой программы:

– территориальный норматив обращений в связи с заболеваниями

проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований, в том числе:

по компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвуковых исследований сердечно–сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний, патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора

противоопухолевой лекарственной терапии, позитронно-эмиссионной томографии (далее – ПЭТ/КТ) при онкологических заболеваниях, ОФЭКТ/КТ;

– школы для больных с хроническими заболеваниями:

за счет средств ОМС в рамках базовой программы:

– территориальный норматив комплексных посещений по школам для больных с хроническими заболеваниями, в том числе:

– по школам сахарного диабета

Нормативы объема комплексных посещений школ для больных с хроническими заболеваниями, также учитываются отдельно в составе раздела первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, и не включаются в нормативы отдельных диагностических (лабораторных) исследований.

– диспансерное наблюдение (комплексных посещений):

за счет средств ОМС в рамках базовой программы:

– территориальный норматив комплексных посещений в целях осуществления диспансерного наблюдения, в том числе по поводу онкологических заболеваний, сахарного диабета, болезней системы кровообращения;

Норматив **распространяется** на онкологических пациентов после завершения лечения, **исключая** контингент лиц, получающих консультативные и диагностические услуги:

– при подозрении на онкологическое заболевание;

– с подтвержденным диагнозом, находящихся на этапе обследования, получающих лечение и обследующихся в рамках межкурсового лечения при проведении противоопухолевой лекарственной терапии (далее – ПЛТ) или в рамках комплексного лечения после завершения хирургического или лучевого этапа лечения и начала ПЛТ;

– пациентов с паллиативным статусом.

в неотложной форме (посещений)

за счет средств ОМС в рамках базовой программы:

– территориальный норматив посещений в неотложной форме.

В 2025 году средний норматив объема и норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленный для школ для больных с хроническими заболеваниями, входящий в подраздел «2.1.7. проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований» учитывается отдельно в разделе «2. Первичная медико-санитарная помощь, за исключением медицинской реабилитации» приложения № 2 к Программе.

Ветеранам боевых действий, указанным в абзацах втором и третьем подпункта «в» пункта 2 Указа Президента Российской Федерации от 3 апреля

2023 г. № 232 «О создании Государственного фонда поддержки участников специальной военной операции «Защитники Отечества» (далее – участники специальной военной операции), оказание медицинской помощи в рамках Программы осуществляется во внеочередном порядке.

Территориальные фонды ОМС ведут отдельный учет случаев оказания медицинской помощи участникам специальной военной операции в разрезе условий и форм ее оказания, а также учет таких пациентов, получивших медицинскую реабилитацию с учетом ее этапности.

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

Профилактические мероприятия (посещения с профилактической целью, комплексные посещения для проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансеризация для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин) проводятся в том числе для выявления болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний, формирующих основные причины смертности населения, для выявления болезней эндокринной системы, органов пищеварения и других заболеваний.

Территориальные нормативы посещений с профилактической и иными целями за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов включают в себя:

– профилактические посещения, включая посещения в рамках диспансеризации, при социально значимых заболеваниях, не входящих в базовую программу ОМС; посещения в рамках профилактических мероприятий, в том числе при проведении профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также в образовательных организациях высшего образования (включая посещения, связанные с проведением медико-психологического тестирования) в целях раннего (своевременного) выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также консультации (осмотры) врачами-психиатрами, наркологами при проведении профилактического медицинского осмотра;

– посещения с иными целями, в том числе консультации пациентов врачами-психиатрами и врачами-фтизиатрами при заболеваниях, включенных в базовую программу, а также лиц, находящихся в стационарных организациях социального обслуживания, включая медицинскую помощь, оказываемую

выездными психиатрическими бригадами; посещения для проведения медико-психологического консультирования и получения психологических рекомендаций при заболеваниях, не входящих в базовую программу; посещения с целью медико-психологического консультирования и предоставления психологических рекомендаций по вопросам, связанным с терминальной стадией заболевания, характером и особенностями паллиативной медицинской помощи, оказываемой пациентам в хосписах и больницах сестринского ухода и их родственникам.

Субъекты Российской Федерации вправе включать в территориальные нормативы посещений с профилактической и иными целями за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов объемы профилактической медицинской помощи в перечисленных целях, предусмотренные для лиц, не застрахованных по ОМС.

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

от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (зарегистрировано в Минюсте России 30 июня 2021 г. № 64042);

от 10 сентября 2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (зарегистрировано в Минюсте 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» (зарегистрировано в Минюсте России 2 апреля 2013 г. № 27964) (далее – приказ Минздрава России № 72н);

от 21 апреля 2022 г. № 275н «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» (зарегистрировано в Минюсте России 29 апреля 2022 г. № 68366);

от 16 мая 2019 г. № 302н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях» (зарегистрировано в Минюсте России 7 июня 2019 г. № 54887) (далее – приказ Минздрава России № 302н).

Территориальный норматив комплексных посещений для проведения

профилактических медицинских осмотров за счет средств ОМС устанавливается с учетом планового показателя федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» по субъекту Российской Федерации и не включает объемы обязательных предварительных (при поступлении на работу и заключении трудового договора) и периодических (в течение трудовой деятельности, для лиц в возрасте до 21 года – ежегодные) медицинских осмотров работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными условиями труда (в том числе на подземных работах), а также на работах, связанных с движением транспорта, работников организаций пищевой промышленности, общественного питания и торговли, водопроводных сооружений, медицинских организаций и детских учреждений, других обязательных медицинских осмотров для отдельных категорий работников, в том числе связанных с движением транспорта, занятых на подземных работах (предсменные/предрейсовые, послесменные/послерейсовые медицинские осмотры, медицинские осмотры в течение рабочего дня/смены, а также медицинские осмотры перед выполнением отдельных видов работ), предусмотренных статьями 69, 220, 266, 328, 330.3 Трудового Кодекса Российской Федерации, иными законодательными и нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, и осуществляемых за счет средств работодателя.

Обоснование территориальных нормативов объема комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации на 2025 год приводится в таблице согласно приложению 6 «Объем медицинской помощи по профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации на 2025 год» к настоящим разъяснениям и представляется в Федеральный фонд.

Средний норматив объема 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 первого этапа диспансеризации. Объем медицинской помощи второго этапа диспансеризации включен в норматив объема медицинской помощи по обращениям в связи с заболеваниями.

В отношении лиц, находящихся в стационарных организациях социального обслуживания, диспансеризация проводится с привлечением медицинских специалистов близлежащих медицинских организаций.

Статьей 1 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 124–ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» определено понятие «дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации». К этой категории отнесены: дети–сироты; дети, оставшиеся без попечения родителей; дети–инвалиды; дети с ограниченными возможностями здоровья, то есть имеющие недостатки в физическом и (или) психическом развитии; дети – жертвы вооруженных и межнациональных конфликтов, экологических и техногенных катастроф, стихийных бедствий; дети из семей беженцев и вынужденных переселенцев; дети, оказавшиеся в экстремальных условиях; дети – жертвы насилия; дети, отбывающие наказание в виде лишения свободы в воспитательных колониях; дети, находящиеся в образовательных организациях для обучающихся с девиантным (общественно опасным) поведением, нуждающихся в особых условиях воспитания, обучения и требующих специального педагогического подхода (специальных учебно-воспитательных учреждениях открытого и закрытого типа); дети, проживающие в малоимущих семьях; дети с отклонениями в поведении; дети, жизнедеятельность которых объективно нарушена в результате сложившихся обстоятельств и которые не могут преодолеть данные обстоятельства самостоятельно или с помощью семьи.

Пунктом 1.4 Комплекса мер по повышению качества жизни и соблюдению прав и законных интересов детей с психическими расстройствами, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, на 2023 – 2025 годы, утвержденного Заместителем Председателя Правительства Российской Федерации Т.А. Голиковой от 15.02.2023 № 1644п–П45 (далее соответственно – Комплекс мер, организации, дети, проживающие в организациях), на высшие исполнительные органы субъектов Российской Федерации возложены функции по обеспечению проведения ежегодной диспансеризации и диспансерного наблюдения детей, проживающих в организации.

Во исполнение пункта 1.5 Комплекса мер в приложении № 2 к Программе (сноска «7») предусмотрены отдельные средние нормативы объема медицинской помощи для детей, проживающих в организациях, по диспансеризации (не менее 0,000078 комплексного посещения на 1 такого ребенка) и диспансерному наблюдению (не менее 0,000157 комплексного посещения на 1 такого ребенка), которые субъект Российской Федерации

вправе корректировать при установлении размера соответствующего территориального норматива объема с учетом реальной потребности населения.

Территориальный норматив финансовых затрат на единицу указанного объема профилактической медицинской помощи на 2025 – 2027 годы субъект Российской Федерации устанавливает самостоятельно на основе Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях, утвержденного приказом Минздрава России № 302н) и Порядка проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, утвержденного приказом Минздрава России № 72н, с учетом возраста детей, проживающих в организациях.

Кроме того, приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 сентября 2023 г. № 515н «О внесении изменений в порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. № 404н» (далее – Приказ Минздрава России № 515н), предусмотрена возможность проведения профилактического медицинского осмотра и (или) диспансеризации застрахованному по ОМС лицу в медицинской организации, в которой гражданин получает первичную медико-санитарную помощь, а также в иной медицинской организации, участвующей в реализации территориальной программы ОМС, по согласованию с работодателем и (или) руководителем образовательной организации, в том числе по месту нахождения мобильной медицинской бригады, организованной в структуре медицинской организации (включая место работы и учебы).

Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации (далее – Комиссия) распределяет медицинским организациям объемы профилактических медицинских осмотров и (или) диспансеризации исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям с учетом положений, установленных Федеральным законом № 326–ФЗ и Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н (Зарегистрировано в Минюсте России 17 мая 2019 г. № 54643) (далее – Правила).

В случае проведения профилактических медицинских осмотров и (или)

диспансеризации в иной медицинской организации перераспределение объемов медицинской помощи между ней и медицинской организацией, в которой гражданин получает первичную медико-санитарную помощь, не требуется.

При этом, согласно положениям пункта 10.1 Приказа № 515н, иная медицинская организация по согласованию с работодателем и (или) руководителем образовательной организации формирует и направляет в территориальный фонд ОМС предварительный перечень граждан для прохождения профилактических медицинских осмотров и (или) диспансеризации в иной медицинской организации, в том числе по месту нахождения мобильной медицинской бригады, организованной в структуре иной медицинской организации (включая место работы и учебы), предусматривающий адрес, дату и время проведения профилактических медицинских осмотров и (или) диспансеризации, фамилию, имя, отчество (при наличии), возраст (дату рождения), номер полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета работника и (или) обучающегося.

Территориальный фонд ОМС проводит сверку полученных сведений от иной медицинской организации, в том числе на предмет исключения повторного в текущем году проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, а также доводит список граждан до страховых медицинских организаций путем размещения в единой государственной информационной системе обязательного медицинского страхования (далее – ГИС ОМС).

Результаты приемов (осмотров, консультаций) медицинскими работниками, исследований и иных медицинских вмешательств, входящих в объем профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, включая сведения о медицинской документации, сформированной в форме электронных документов, представляются иной медицинской организацией в единую ГИС ОМС.

Иная медицинская организация обеспечивает передачу информации между медицинскими организациями, в которых граждане получают первичную медико-санитарную помощь, в том числе расположенными в других субъектах Российской Федерации, предусмотренной в карте учета профилактического медицинского осмотра (диспансеризации) по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 ноября 2020 г. № 1207н «Об утверждении учетной формы медицинской документации № 131/у «Карта учета профилактического медицинского осмотра (диспансеризации)», порядка ее ведения и формы отраслевой статистической отчетности № 131/о «Сведения о проведении

профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения", порядка ее заполнения и сроков представления».

Оплата профилактических медицинских осмотров и (или) диспансеризации осуществляется в соответствии с установленным Программой способом оплаты – за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение), а также порядками оплаты, предусмотренными Главами IX и X Правил, и Методическими рекомендациями.

Объемы и стоимость указанных случаев должны быть учтены в соответствующих отчетах субъекта Российской Федерации, в котором лицо застраховано.

Программой для женщин и мужчин репродуктивного возраста предусмотрено одновременно с прохождением профилактического осмотра или диспансеризации проведение поэтапно (в зависимости от возрастных групп) диспансеризации, направленной на оценку их репродуктивного здоровья (далее – диспансеризация для оценки репродуктивного здоровья), включающей исследования и иные медицинские вмешательства по перечню согласно приложению № 6 к Программе.

При невозможности проведения в медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, осмотров врача акушера-гинеколога, врача-уролога (врача-хирурга, прошедшего подготовку по вопросам репродуктивного здоровья) и диагностических (лабораторный и инструментальных) исследований по перечню приложения № 6 к Программе, к проведению диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья привлекаются соответствующие врачи иных медицинских организаций (в том числе на основе выездных форм работы), а также их диагностические подразделения (для проведения микроскопических, бактериологических и цитологических исследований мазков, ультразвуковых исследований органов малого таза и наружных половых органов, молочных желез), в том числе врачи-специалисты и медицинское оборудование федеральных медицинских организаций, с последующим возмещением затрат иных медицинских организаций в рамках межучрежденческих взаиморасчетов.

Территориальные нормативы объема комплексных посещений и территориальные нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в целях проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья за счет средств ОМС устанавливаются субъектами Российской Федерации в соответствии с Программой и методическими рекомендациями по диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья, направленными письмом Минздрава России от 08.04.2024 № 17–6/И/2–6434.

На 2025–2027 годы в Программе предусмотрено финансовое обеспечение проведения углубленной диспансеризации застрахованных по ОМС, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID–19), включая случаи заболеваний, когда отсутствует подтверждение перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID–19) методом ПЦР–диагностики (далее – углубленная диспансеризация).

Порядок направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке, утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 июля 2021 г. № 698н (зарегистрировано в Минюсте России 7 июля 2021 г. № 64157).

Проведение углубленной диспансеризации планируется и учитывается в общем объеме и стоимости диспансеризации. Единицей измерения первого этапа углубленной диспансеризации является комплексное посещение, включающее в себя перечень исследований в соответствии с приложением № 2 к Программе.

При этом проведение углубленной диспансеризации осуществляется вне зависимости от факта прохождения гражданами профилактических медицинских осмотров или диспансеризации.

В норматив комплексных посещений для проведения диспансеризации территориальной программы ОМС в рамках базовой программы не включают посещения по диспансеризации государственных гражданских служащих Российской Федерации и муниципальных служащих, обязательность которой для замещения должности федеральной государственной гражданской службы и государственной гражданской службы субъектов Российской Федерации установлена пунктом 4 части 1 статьи 16 Федерального закона от 27 июля 2004 г. № 79–ФЗ «О государственной гражданской службе Российской Федерации», а для замещения должности муниципальной службы – пунктом 4 части 1 статьи 13 Федерального закона от 2 марта 2007 г. № 25–ФЗ «О муниципальной службе в Российской Федерации».

Порядок прохождения диспансеризации государственными гражданскими служащими Российской Федерации и муниципальными служащими, перечень заболеваний, препятствующих поступлению на государственную гражданскую службу Российской Федерации и муниципальную службу или ее прохождению, а также формы заключения медицинского учреждения утверждены приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 14 декабря 2009 г. № 984н (зарегистрировано в Минюсте России 29 декабря 2009 г. № 15878).

При этом комплексные посещения по диспансеризации федеральных государственных гражданских служащих, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, не включаются в соответствующие нормативы территориальной программы.

Посещения по диспансеризации государственных гражданских служащих субъектов Российской Федерации и муниципальных служащих, финансирование которых осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, могут быть включены в территориальные нормативы:

– посещений с профилактической и иными целями при условии выделения дополнительных средств на реализацию территориальной программы сверх среднего подушевого норматива ее финансирования за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, определенного Программой, с учетом региональных особенностей;

– комплексных посещений для проведения диспансеризации в случае направления целевых межбюджетных трансфертов из бюджета субъекта Российской Федерации в бюджет территориального фонда ОМС на финансовое обеспечение соответствующих объемов профилактической медицинской помощи в дополнение к установленным в территориальной программе ОМС в рамках базовой программы.

Территориальные фонды ОМС осуществляют мониторинг данных о количестве лиц, прошедших профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию, углубленную диспансеризацию и диспансеризацию для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, результатах проведенных мероприятий и передают агрегированные сведения Федеральному фонду в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Посещения с иными целями включают:

– разовые посещения в связи с заболеваниями;

– посещения центров здоровья, за исключением комплексных посещений с профилактическими целями центров здоровья взрослого населения в соответствии с установленными нормативами;

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

– посещения центров амбулаторной онкологической помощи;

– посещения для получения справок и иных медицинских документов, в связи с другими причинами.

Комплексные посещения с профилактическими целями центров здоровья, учет которых осуществляется в рамках соответствующих нормативов,

включают в себя случаи оказания взрослому населению следующей медицинской помощи:

– Индивидуальное углубленное профилактическое консультирование и разработка индивидуальной программы по ведению здорового образа жизни, рекомендация индивидуальной программы здорового питания, в том числе с применением телемедицинских технологий;

– Групповое углубленное профилактическое консультирование в центре здоровья для взрослых, в том числе с применением телемедицинских технологий.

Объем комплексных посещений для проведения диспансерного наблюдения рассчитывается с учетом уровня и структуры заболеваемости в субъекте Российской Федерации на основе численности лиц, состоящих под диспансерным наблюдением при отдельных заболеваниях и состояниях в соответствии с нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации В отношении лиц, находящихся в стационарных организациях социального обслуживания, при наличии хронических заболеваний проводится диспансерное наблюдение в соответствии с утвержденными Минздравом России порядками оказания медицинской помощи.

При планировании объемов медицинской помощи по диспансерному наблюдению на 2025 год следует руководствоваться приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации:

– от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (зарегистрировано в Минюсте России 21 апреля 2022 г. № 68288);

– от 16 мая 2019 г. № 302н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях» (зарегистрировано в Минюсте России 7 июня 2019 г. № 54887);

– от 4 июня 2020 г. № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями» (зарегистрировано в Минюсте России 26 июня 2020 г. № 58786).

Территориальный норматив объема медицинской помощи по диспансерному наблюдению включает в себя объемы медицинской помощи застрахованным по ОМС лицам от 18 лет и старше, а также детей (рекомендуется не менее 0,000157), проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах–интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, и не включает в себя первое посещение в году, которое оплачивается в рамках профилактических

осмотров.

Объем медицинской помощи по диспансерному наблюдению детей, за исключением проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах–интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, включен в норматив объема медицинской помощи по обращениям в связи с заболеваниями.

При этом, при планировании территориальных нормативов объема следует учитывать реальную потребность в диспансерном наблюдении застрахованных лиц с онкологическими заболеваниями, болезнями системы кровообращения и сахарным диабетом.

В норматив финансовых затрат на комплексное посещение по диспансерному наблюдению не включаются расходы, связанные с проведением тех диагностических исследований, по которым установлены отдельные нормативы финансовых затрат.

В целях профилактики развития профессиональных заболеваний или осложнений, обострений, имеющихся хронических неинфекционных заболеваний у работающих лиц, застрахованных по ОМС, Программой предусмотрена возможность организации проведения диспансерного наблюдения работников по месту осуществления служебной деятельности в порядке, устанавливаемом Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Приложением № 2 к Программе (сноска «7») предусмотрены средние нормативы финансовых затрат на одно комплексное посещение в рамках проведения диспансерного наблюдения работающих граждан: в 2025 году – 2 661,1 рубля, в 2026 году – 2 897,3 рубля, в 2027 году – 3 110,6 рубля, которые учитываются при формировании соответствующих территориальных нормативов.

Объем медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической и иными целями, на 2025 год рекомендуется обосновать в разрезе видов посещений и включить обоснование в виде приложения к территориальной программе в соответствии с формами, представленными в приложении 7 «Объем медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической и иными целями, на 1 жителя/застрахованное лицо на 2025 год» к настоящим разъяснениям.

Субъекты Российской Федерации до 15 февраля 2025 г. представляют в Минздрав России сведения о числе лиц, состоящих на диспансерном наблюдении с онкологическими заболеваниями, болезнями системы кровообращения, сахарным диабетом раздельно, взятых за основу расчета территориального норматива объема диспансерного наблюдения в регионе

на 2024 год. Информацию следует разместить в информационной системе Министерства здравоохранения Российской Федерации «Система мониторинга и ресурсного обеспечения здравоохранения», размещенной на Интернет-портале по адресу: http://62.minzdrav.gov.ru отдельным файлом к Приложению 16 «Планируемое распределение числа посещений при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях на 2025 год».

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 ОМС 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 ОМС, включает в том числе посещения на дому.

Обращение по поводу заболевания и комплексное посещение по профилю «Медицинская реабилитация» – 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, а также 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.

Территориальные нормативы объема первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по поводу социально значимых заболеваний за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, включают в себя также медицинскую помощь в экстренной форме (обращения в связи с заболеваниями, включенными в базовую программу), оказанную лицам, не застрахованным по ОМС.

Согласно сноске «3» приложения № 2 к Программе в нормативы обращений за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов включаются законченные случаи лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее 2, а также медико-психологическое консультирование и медико-психологическая помощь при заболеваниях, не входящих в базовую программу.

На 2025 год средняя кратность посещений в связи с заболеванием в одном обращении за счет средств ОМС составляет 2,6 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, ультразвуковых исследований сердечно–сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, ПЭТ/КТ при онкологических заболеваниях, ОФЭКТ/КТ) с учетом применения различных видов и методов исследований систем, органов и тканей человека в зависимости от заболеваемости населения–, в связи с чем эти нормативы могут быть обоснованно ниже или выше средних нормативов, установленных Программой, в пределах подушевого норматива финансирования территориальной программы ОМС на одно застрахованное лицо.

Средний норматив объема молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний (0,001297 исследования на одно застрахованное лицо) – это исследование биопсийного (операционного и диагностического) материала с применением одного теста для данного вида опухоли в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению онкологических заболеваний.

Средний норматив объема молекулярно–генетических исследований

с целью диагностики онкологических заболеваний, предусмотренный Программой, включает в том числе исследования с применением следующих маркеров: BRAF, EGFR, KRAS, №RAS, MSI, FISH ALK, FISH HER2, ПЦР BRCA 1/BRCA 2, №GS BRCA 1/BRCA 2, FISH (биопсийный с уточнением).

Средний норматив финансовых затрат на одно молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний (10 693,2 рубля) рассчитан как средневзвешенная стоимость одной реакции (теста) для данного вида опухоли, выполненного в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению онкологических заболеваний, и включает в том числе расходы на оплату транспортных услуг в целях доставки диагностического материала к месту исследования и расходы на хранение образца.

Средний норматив патолого-анатомических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (0,027103 исследования на одно застрахованное лицо) – это средняя частота выполнения прижизненных патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, в том числе с применением дополнительных методов окрасок (постановок реакций, определений: гистохимического, иммуногистохимического и иных методов) при оказании медицинской помощи с целью диагностики онкологических заболеваний.

Патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала осуществляются в целях диагностики заболеваний, в том числе онкологических, а также в целях подтверждения или уточнения диагноза заболевания (состояния) с учетом требований стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.

Средний норматив финансовых затрат на одно патолого-анатомическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (2 637,1 рубля) рассчитан как средневзвешенная стоимость одного случая прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала и может быть дифференцирован с учетом категории сложности прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала, средневзвешенной стоимости патолого-анатомического исследования одного тканевого образца без применения дополнительных окрасок (постановок реакций, определений), средневзвешенной стоимости одной дополнительной окраски (постановки реакции, определения), расходов на оплату транспортных услуг в целях доставки биопсийного (операционного)

материала к месту исследования и расходов на хранение биопсийного (операционного) материала.

При определении нормативов финансовых затрат на проведение лабораторных и диагностических исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвуковых исследований сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний, патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии,– ПЭТ/КТ при онкологических заболеваниях, ОФЭКТ/КТ) 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. При этом Программой субъектам Российской Федерации дано право устанавливать нормативы финансовых затрат на указанные исследования с учетом вышеназванных особенностей, в том числе оплаты исследований в рамках межтерриториальных расчетов. Обоснование установленных в территориальной программе государственных гарантий нормативов финансовых затрат на отдельные диагностические и лабораторные исследования за счет средств ОМС приводится в таблице согласно приложению 8 «Объем и финансовое обеспечение отдельных диагностических и лабораторных исследований на 2025 год» к настоящим разъяснениям и представляется в Федеральный фонд.

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно–сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, ПЭТ/КТ при онкологических заболеваниях, ОФЭКТ/КТ) осуществляется врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, при наличии медицинских показаний.

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 2025 год на одно комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров (2 620,5рубля), на одно комплексное посещение для проведения диспансеризации (3 202,7 рубля) включают в том числе расходы на проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации мобильными медицинскими бригадами, а также проведение указанных мероприятий в выходные дни.

Средний норматив финансовых затрат на проведение углубленной диспансеризации устанавливается отдельно.

Субъект Российской Федерации может устанавливать территориальные нормативы финансовых затрат на одно 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 государственных гарантий за счет бюджетных ассигнований соответствующего бюджета и средств ОМС субъект Российской Федерации может устанавливать дифференцированные нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в амбулаторных условиях с учетом особенностей половозрастного состава уровня и структуры заболеваемости населения, плотности населения, транспортной доступности медицинских организаций, а также климатических и географических особенностей регионов.

Особенности оплаты первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях за счет средств ОМС 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 9 к настоящим разъяснениям.

Медицинская помощь, оказываемая несовершеннолетним в период обучения и воспитания в образовательных организациях, осуществляется за счет средств ОМС в рамках подушевого норматива финансирования в медицинских организациях, определенных органом государственной власти субъекта Российской Федерации.

При планировании и учете объема гарантируемой стоматологической помощи застрахованным лицам по территориальной программе ОМС 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 составляет 4,2, число УЕТ в одном посещении с профилактической целью – 4,0, в одном обращении в связи с заболеванием (законченном случае лечения) – 9,4.

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

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 ОМС, при возникновении поствакцинальных осложнений осуществляется за счет средств ОМС.

В территориальной программе ОМС устанавливается размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, соответствующих требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 мая 2021 г. № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (зарегистрировано в Минюсте России 27 июня 2012 г. № 24726), в зависимости от численности обслуживаемого ими населения: до 100 человек, от 101 человек до 900 человек, от 901 до 1 500 человек, от 1 501 человек до 2 000 человек и свыше 2 000 человек (информация согласно приложению 10 «Количество и финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов на 2025 год» к настоящим разъяснениям представляется в Федеральный фонд).

Предусмотренный Программой на 2025 год средний размер финансового обеспечения составляет для фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих:

от 101 до 900 жителей, – 1 442,9 тыс. рублей;

от 901 до 1500 жителей, – 2 885,8 тыс. рублей;

от 1501 до 2000 жителей, – 3 430,6 тыс. рублей.

При установлении в территориальной программе ОМС размеров финансового обеспечения для конкретных фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов указанные средние размеры финансового обеспечения необходимо умножить на коэффициенты дифференциации региона с учетом их месторасположения.

При определении размера финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих до 100 человек и свыше 2 000 человек, учитывается решение субъекта Российской Федерации о необходимости организации таких фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, а размер их финансового обеспечения устанавливается в зависимости от численности обслуживаемого населения с учетом понижающего или повышающего коэффициента к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 101 до 900 жителей и обслуживающего от 1501 до 2000 жителей.

В случае оказания фельдшерскими здравпунктами и фельдшерско-акушерскими пунктами медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста, но при отсутствии в указанных пунктах акушеров, полномочия по работе с такими женщинами осуществляются фельдшером или медицинской сестрой (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем), а размер их финансового обеспечения устанавливается с учетом отдельного повышающего коэффициента, рассчитываемого с учетом доли женщин репродуктивного возраста в численности прикрепленного населения.

При этом размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов должен обеспечивать сохранение достигнутого соотношения между уровнем оплаты труда отдельных категорий работников бюджетной сферы, определенных Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», и уровнем средней заработной платы в соответствующем регионе.

Размер финансового обеспечения медицинской организации, в составе которой имеются фельдшерские здравпункты, фельдшерско-акушерские пункты, определяется исходя из подушевого норматива финансирования и количества лиц, прикрепленных к ней, а также расходов на фельдшерские здравпункты, фельдшерско-акушерские пункты исходя из их количества в составе медицинской организации и вышеуказанного среднего размера их финансового обеспечения. Источником указанных расходов могут служить в том числе средства ОМС, полученные в составе субвенции из бюджета Федерального фонда по коэффициенту доступности.

Исполнительные органы субъектов Российской Федерации в составе территориальных программ государственных гарантий вправе устанавливать размер финансового обеспечения для амбулаторий и участковых больниц в порядке, аналогичном порядку установления размера финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов.

1.2. Статьей 33 Федерального закона № 323–ФЗ установлено, что первичная медико-санитарная помощь, включающая 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, оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

Специализированная медицинская помощь в соответствии с нормами статьи 34 этого же закона включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию и оказывается в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

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

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.

Приложением № 2 к Программе установлены средние нормативы объема

и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов раздельно для первичной медико-санитарной помощи (0,00098 случаев лечения на 1 жителя со средней стоимостью одного случая лечения 16 237,7 рублей в 2025 году, по 0,00096 случаев лечения в 2026–2027 годах со средней стоимостью одного случая лечения 18 034 рубля и 19 320,6 рубля по годам соответственно) и для специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи (0,00302 случаев лечения на 1 жителя в 2025–2027 годах со средней стоимостью одного случая лечения 20 816,9 рубля, 22 646,9 рубля и 24 262,5 рубля по годам соответственно). В сноске «4» приложения № 2 к Программе указан суммарный объем первичной медико–санитарной помощи и специализированной медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара (0,004 случая лечения на 1 жителя в 2025 году и 0,00398 случая лечения на 1 жителя в 2026–2027 годах). Вышеуказанные нормативы включают также случаи оказания паллиативной медицинской помощи в условиях дневного стационара.

С учетом уровня и структуры заболеваемости туберкулезом, психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе связанными с употреблением психоактивных веществ, болезнями, передаваемыми половым путем, вызванными вирусом иммунодефицита человека, включая синдром приобретенного иммунодефицита, а также демографических показателей и плотности населения, климатических и географических особенностей региона, уровня развития транспортных путей постоянного действия и транспортной доступности медицинских организаций, а также других факторов субъект Российской Федерации вправе при установлении территориальных нормативов для всех видов медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара за счет бюджетных ассигнований соответствующего бюджета использовать понижающий коэффициент к объемам медицинской помощи, представленные в приложении 4 к настоящим разъяснениям.

Субъекты Российской Федерации вправе устанавливать нормативы объема и финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара за счет средств ОМС, раздельно для первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в пределах общего норматива объема и финансовых затрат на медицинскую помощь, оказанную в условиях дневных стационаров.

Субъект Российской Федерации вправе устанавливать в территориальной программе отдельные нормативы объема и финансовых затрат для первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в условиях дневного стационара

за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, для чего предлагается взять за основу соответствующие фактические показатели объема и стоимости указанной медицинской помощи в субъекте Российской Федерации по данным форм федерального статистического наблюдения за прошедшие 3 года.

В случае, когда дневные стационары амбулаторно-поликлинических учреждений оказывают медицинскую помощь пациентам, страдающим хронической почечной недостаточностью, с предоставлением всех форм заместительной почечной терапии, в том числе методом гемодиализа, а также пациентам с онкологическими заболеваниями с применением специальных методов диагностики и лечения (в центрах амбулаторной онкологической помощи, далее – ЦАОП), то данная медицинская помощь относится к первичной специализированной медицинской помощи.

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 полный цикл ЭКО с криоконсервацией эмбрионов, размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки. При этом хранение криоконсервированных эмбрионов не включается в стоимость медицинской помощи при ЭКО за счет средств ОМС.

Установленный в территориальной программе ЭКО норматив объема медицинской помощи с учетом реальной потребности, обусловленной в том числе количеством женщин фертильного возраста, может быть обоснованно ниже или выше соответствующего среднего норматива, предусмотренного Программой.

Средний норматив финансовых затрат на один случай ЭКО, утвержденный Программой, соответствует стоимости полного цикла экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов и 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 без их хранения.

Установленные в территориальной программе отдельные нормативы объема и финансовых затрат для оказываемой за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов в условиях дневного стационара первичной медико-санитарной помощи и специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, указываются приложении 2.1 к настоящим разъяснениям как в виде отдельных нормативов (строки 9 и

9.1, 12 и 12.1), так и в виде общего норматива объема и стоимости (строки 10 и 10.1). Для медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара за счет средств ОМС, раздельные нормативы объема и финансовых затрат для первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи, в том числе ВМП, в приложении 2.2 к настоящим разъяснениям не указываются.

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.

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.

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 государственных гарантий 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, диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, посещений с иными целями; посещений в неотложной форме; обращений в связи с заболеваниями; отдельных диагностических (лабораторных) исследований; комплексных посещений школ для больных с хроническими заболеваниями, комплексных посещений для проведения диспансерного наблюдения; комплексных посещений с профилактическими целями центров здоровья, комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация») 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.

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.

б) в условиях дневного стационара:

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

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 (бюджетные ассигнования соответствующих бюджетов и средства ОМС) и в целом по территориальной программе).

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь

В соответствии с Федеральным законом № 323–ФЗ специализированная медицинская помощь, включающая в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию, оказывается в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Субъект Российской Федерации устанавливает в территориальной программе отдельные нормативы объема для медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, раздельно по источникам финансового обеспечения, которые с учетом фактической потребности в специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи и реальной возможности предоставления ее в условиях дневного стационара (наличие в медицинской организации соответствующей материально–технической базы, в том числе специального медицинского оборудования, внедрения современных специальных методов диагностики и лечения, сложных медицинских технологий, соответствующей профессиональной подготовки медицинского

персонала, а также территориально удаленности от места постоянного проживания и транспортной (пешей) доступности медицинской организации для населения) могут быть обоснованно выше или ниже средних нормативов Программы.

При наличии показаний специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь предоставляется участнику специальной военной операции во внеочередном порядке.

Для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях устанавливаются территориальные дифференцированные нормативы случаев госпитализации (законченных случаев лечения в стационарных условиях) раздельно по уровням медицинских организаций.

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 лиц 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» (зарегистрировано в Минюсте России 4 июня 2012 г. № 24440) (далее – приказ Минздравсоцразвития России № 555н) представлены в приложении 12 к настоящим разъяснениям.

При планировании объема специализированной медицинской помощи следует учитывать возможность ее оказания в медицинских организациях как на территории страхования, так и вне территории страхования согласно приложению 13 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 субъекта Российской Федерации на соответствующие показатели по Российской Федерации.

Например, если в структуре застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации дети составляют 19,5% и взрослые 80,5%, то поправочные коэффициенты составят: 0,9198 для детского (19,5 / 21,2 = 0,9198) и 1,0216 для

взрослого населения (80,5 / 78,8 = 1,0216).

Справочно: в структуре застрахованных лиц в Российской Федерации дети составляют – 21,2%, взрослые – 78,8% (для обоснования территориальной программы ОМС).

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	100,878	3,882	104,76
Поправочный коэффициент	1,0216	0,9198	–
Скорректированное число койко-дней	103,057	3,571	106,628

Скорректированное число случаев госпитализации по профилю «кардиология» составляет: 106,628 / 10,8 = 9,87 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 Минздравсоцразвития России № 555н.

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 одного жителя/одно 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.

Планирование объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в целях обеспечения ее доступности следует осуществлять с учетом более эффективного и рационального использования коечного фонда (перепрофилирования 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.

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 специализированной медицинской помощи и специализированной медицинской помощи с учетом источников ее финансового обеспечения по профилям медицинской помощи, а также уровням медицинских организаций.

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

Приложением № 2 к Программе определены средние нормативы объема и финансовых затрат на единицу объема специализированной медицинской

помощи больным с вирусным гепатитом С, оказываемой медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций) в условиях дневного стационара за счет средств ОМС на 2025 – 2027 годы, в соответствии с которыми субъекты Российской Федерации устанавливают в территориальных программах ОМС соответствующие территориальные нормативы.

При этом указанные территориальные нормативы должны быть установлены при обязательном условии сохранения объема финансового обеспечения лечения хронического вирусного гепатита С в дневном стационаре на уровне не ниже показателей 2023 года, с учетом реальной потребности, обусловленной региональными особенностями, в том числе уровнем и структурой заболеваемости хроническим вирусным гепатитом С, половозрастной структурой населения, долей сельского населения, транспортной доступностью медицинских организаций, плотностью населения, а также климато-географическими особенностями региона.

Подушевые расходы на оказание специализированной медицинской помощи включают подушевые расходы на оказание этого вида 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 ОМС 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.

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 государственных гарантий

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 один случай госпитализации по профилям медицинской помощи на планируемое (абсолютное) число случаев госпитализации;

– суммирование расходов.

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 одного случая лечения в дневном стационаре при оказании специализированной медицинской помощи на планируемое абсолютное число случаев лечения.

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 (бюджетные ассигнования соответствующих бюджетов и средства ОМС) и в целом по территориальной программе.

Территориальной программой ОМС 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, оказываемые застрахованным лицам вне территории страхования, которые необходимо планировать и учитывать при формировании нормированного страхового запаса территориального фонда ОМС.

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), новообразованиями iN situ (D00 – D09) и отдельными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (D45 – D47), в том числе в рамках оказания –ВМП.

Другие случаи госпитализации пациента с диагнозами C00 – C97, D00 – D09 и D45 – D47 в диагностических целях с постановкой или подтверждением диагноза злокачественного новообразования, случаи лечения при злокачественных новообразованиях без специального противоопухолевого лечения, а также случаи лечения лучевых повреждений включаются в нормативы объема медицинской помощи по профилю «онкология» в случае, если госпитализация осуществлялась на специализированную койку по профилю "онкология" или "гематология" (в части лечения злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей) по заключению врачебного консилиума с участием врачей-онкологов и радиотерапевта или врача–гематолога для случаев соответствующего профиля.

Объемы медицинской помощи в диагностических целях с постановкой или подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием —ПЭТ/КТ планируются и осуществляются в амбулаторных условиях.

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, касающихся запрета на выписку рецептов на лекарственные препараты, которые в соответствии с инструкцией по медицинскому применению используются

только в медицинских организациях, установленных приказом Минздрава России от 24 ноября 2021 г. № 1094н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, Порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также Правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов» (зарегистрировано в Минюсте России 30 ноября 2021 г. № 66124).

Приложением № 1 к Программе утвержден перечень видов ВМП, который содержит в том числе методы лечения и источники ее финансового обеспечения (далее – Перечень видов ВМП).

Финансовое обеспечение оказания высокотехнологичной медицинской помощи по разделу I Перечня видов ВМП, содержащего виды ВМП, включенные в базовую программу, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов ОМС и осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленным Программой.

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

При распределении объемов ВМП в рамках территориальной программы ОМС необходимо учитывать реальную потребность в оказании указанной медицинской помощи с учетом фактических показателей и потребности по профилям оказания медицинской помощи, являющимся основными причинами смертности, а также влияющими на увеличение продолжительности жизни, в частности по профилям «Сердечно–сосудистая хирургия», «Онкология», «Травматология и ортопедия».

Следует особое внимание уделить планированию объемов ВМП исходя из сложившейся структуры распределения госпитализаций за предыдущие периоды и прогнозируемой заболеваемостью, кроме того, необходимо обеспечить корректное планирование распределения объемов ВМП в разрезе медицинских организаций, учитывая оказание ВМП в медицинских организациях разной подведомственности и разной формы собственности.

Также необходимо учесть при распределении объемов ВМП в рамках территориальной программы ОМС изменения (по сравнению с 2024 годом) источников финансового обеспечения отдельных видов ВМП, предусмотренных приложением № 1 к Программе, предусматривающие перевод из раздела II Перечня видов ВМП (перечень видов ВМП, не включенной в базовую программу) в раздел I Перечня видов ВМП (перечень видов ВМП, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств ОМС) 41 метода ВМП по 4 профилям медицинской помощи (нейрохирургия, сердечно-сосудистая хирургия, травматология и ортопедия, хирургия).

При этом следует обеспечить своевременное внесение изменений в плановые показатели распределения объемов ВМП.

Объемы специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара по отдельным видам операций по профилю «сердечно–сосудистая хирургия», включают в себя:

Выделенная группа	Объемы медицинской помощи по группам ВМП, КСГ и услугам (2025)
Стентирование для больных с инфарктом миокарда	– группы 44–52[1] ВМП I; – st25.013 «Баллонная вазодилатация с установкой 1 стента в сосуд (сосуды)»;

[1] группа 44 – Коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием при ишемической болезни сердца;
группа 45 – Коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием при ишемической болезни сердца;
группа 46 – Коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием при ишемической болезни сердца;
группа 47 – Коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием при ишемической болезни сердца с установкой 1 стента;
группа 48 – Коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием при ишемической болезни сердца с установкой 2 стентов;
группа 49 – Коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием при ишемической болезни сердца с установкой 3 стентов;
группа 50 – Коронарная ангиопластика со стентированием в сочетании с применением внутрисосудистой визуализации и (или) оценки гемодинамической значимости стеноза по данным физиологической оценки коронарного кровотока (1 стент);
группа 51 – Коронарная ангиопластика со стентированием в сочетании с применением внутрисосудистой визуализации и (или) оценки гемодинамической значимости стеноза по данным физиологической оценки коронарного кровотока (2 стента);

	– st25.014 «Баллонная вазодилатация с установкой 2 стентов в сосуд (сосуды)»; – st25.015 «Баллонная вазодилатация с установкой 3 стентов в сосуд (сосуды)».
Имплантация частотно–адаптированного кардиостимулятора взрослым	– группа 53 «Эндоваскулярная, хирургическая коррекция нарушений ритма сердца без имплантации кардиовертера–дефибриллятора у взрослых» ВМП I; – группа 55 «Эндоваскулярная, хирургическая коррекция нарушений ритма сердца без имплантации кардиовертера–дефибриллятора» ВМП I; – метод – «имплантация частотно–адаптированного трехкамерного кардиостимулятора» группы 66 «Эндоваскулярная, хирургическая коррекция нарушений ритма сердца без имплантации кардиовертера–дефибриллятора» ВМП I.
Эндоваскулярная деструкция дополнительных проводящих путей и аритмогенных зон сердца	– группа 65 «Эндоваскулярная деструкция дополнительных проводящих путей и аритмогенных зон сердца» ВМП I; – группа 66 «Эндоваскулярная, хирургическая коррекция нарушений ритма сердца без имплантации кардиовертера–дефибриллятора» ВМП I без учета объемов по методу – «имплантация частотно–адаптированного трехкамерного кардиостимулятора».
Стентирование или эндартерэктомия	– метод «реконструктивные вмешательства на экстракраниальных отделах церебральных артерий» по группе 12 «Микрохирургические вмешательства с использованием операционного микроскопа, стереотаксической биопсии, интраоперационной навигации и нейрофизиологического мониторинга при внутримозговых новообразованиях головного мозга и каверномах функционально значимых зон головного мозга» ВМП I; – медицинские услуги A16.12.008.004 «Эндартерэктомия из наружной сонной артерии»,

группа 52 – Коронарная ангиопластика со стентированием в сочетании с применением внутрисосудистой визуализации и (или) оценки гемодинамической значимости стеноза по данным физиологической оценки коронарного кровотока (3 стента).

	A16.12.008.009 «Эндартерэктомия с пластикой магистральных сосудов», A16.12.028.007 «Стентирование брахиоцефальных артерий» по КСГ – st25.010 «Операции на сосудах (уровень 3)»; – медицинские услуги A16.12.008 «Эндартерэктомия», A16.12.008.001 «Эндартерэктомия каротидная», A16.12.008.002 «Эндартерэктомия каротидная с пластикой», A16.23.034.012 «Локальный эндоваскулярный трансартериальный тромболизис» по КСГ – st25.011 «Операции на сосудах (уровень 4)»

Следует также учитывать, что объемы медицинской помощи по показателю «стентирование для больных с инфарктом миокарда медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций)» не ограничивается диагнозом «инфаркт миокарда» и включают в себя объемы медицинской помощи при стентировании коронарных артерий.

По показателю «стентирование или эндартерэктомия медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций)» следует учитывать объемы медицинской помощи при оперативных вмешательствах на брахиоцефальных артериях (стентирование или эндартерэктомия).

Кроме того, в норматив объема медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров по профилю «онкология», включены случаи госпитализации в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно–генетического исследования и/или патолого–анатомического исследования биопсийного (операционного) материала, в том числе с применением дополнительных методов окрасок (постановок реакций, определений). Случаи госпитализации в диагностических целях в рамках оказания медицинской помощи по иным профилям (в том числе по профилю «терапия») не включаются в нормативы, установленные по профилю «онкология».

В соответствии с Федеральным законом № 323–ФЗ и разделом VII Программы территориальная программа должна содержать в том числе условия пребывания в медицинских организациях при оказании медицинской помощи в стационарных условиях, включая предоставление спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста 4 лет,

а с ребенком старше указанного возраста – при наличии медицинских показаний (без взимания платы с указанных лиц за создание условий пребывания в стационарных условиях, в том числе за предоставление спального места и питания).

Также данная норма действует и в отношении: ребенка-инвалида, который в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выданной по результатам проведения медико-социальной экспертизы, имеет ограничения основных категорий жизнедеятельности человека второй и (или) третьей степеней выраженности (ограничения способности к самообслуживанию, и (или) самостоятельному передвижению, и (или) ориентации, и (или) общению, и (или) обучению, и (или) контролю своего поведения), – независимо от возраста ребенка–инвалида. Оплата осуществляется по коэффициенту сложности лечения пациента в соответствии с приложением № 3 к Программе и с учетом Методических рекомендаций.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь

В соответствии с Федеральным законом № 323–ФЗ и положениями Программы скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

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.

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

а) средств ОМС (за исключением санитарно-авиационной эвакуации);

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

За счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов

осуществляется финансовое обеспечение скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, не застрахованным и не идентифицированным в системе ОМС лицам, а также скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи при заболеваниях, не включенных в территориальную программу ОМС, и специализированной санитарно-авиационной эвакуации.

В рамках подушевого норматива финансирования за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов в территориальной программе устанавливаются нормативы объема и нормативы финансовых затрат на один вызов скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, не включенной в территориальную программу ОМС, включая медицинскую эвакуацию, с учетом транспортной доступности медицинских организаций, плотности населения и нуждаемости населения в санитарно-авиационной эвакуации.

Санитарно-авиационная эвакуация, осуществляемая воздушными судами, является работой (услугой) по транспортировке, указанные расходы не включены в базовую программу ОМС и осуществляются за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации.

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

Нормативы объема скорой медицинской помощи и нормативы финансовых затрат на 1 вызов скорой медицинской помощи устанавливаются субъектом Российской Федерации.

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 медицинских организаций, 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 ОМС, 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 2025 год (0,29 вызова на одно 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 ОМС, по заболеваниям (состояниям), входящим в базовую программу), оплачивается за счет средств ОМС и включается в объем посещений и/или случаев госпитализации по территориальной программе ОМС.

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, осуществляется за счет средств ОМС.

Медицинские организации, оказывающие скорую медицинскую помощь, ведут учет средств, предоставляемых на оплату скорой медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и средств ОМС, а также учет расходов, включая расходы на оплату труда работников, оказывающих скорую медицинскую помощь. Направление средств, выделенных медицинской организации на оплату скорой медицинской помощи, на оплату расходов в целях оказания иных видов медицинской помощи не допускается.

Оказание застрахованным лицам скорой медицинской помощи медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения финансируется за счет средств ОМС при условии их включения в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии.

Подушевые расходы на оказание скорой медицинской помощи вне медицинской организации рассчитываются как произведение территориального норматива финансовых затрат на один 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 территориального норматива финансовых затрат на один вызов на планируемое (абсолютное) число вызовов скорой медицинской помощи.

Медицинские организации, оказывающие несколько видов медицинской помощи, не вправе перераспределять средства обязательного медицинского страхования, предназначенные для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, и использовать их на предоставление других видов медицинской помощи.

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 (бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и средств ОМС) и в целом по территориальной программе.

Медицинская реабилитация

В составе подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС отдельно выделены подушевые нормативы финансирования по профилю «Медицинская реабилитация», установлены нормативы объема и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» по всем условиям оказания медицинской помощи.

Таким образом, за счет средств ОМС в рамках базовой программы ОМС устанавливаются территориальные нормативы по профилю «Медицинская реабилитация»:

– комплексных посещений в амбулаторных условиях по профилю «Медицинская реабилитация»;

– случаев лечения в условиях дневных стационаров;

– специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного

стационара.

Обеспечение консультативно-методического сопровождения и контроля за проведением медицинской реабилитации, в том числе на дому, осуществляется с использованием дистанционных (телемедицинских) технологий.

Территориальным фондам ОМС следует осуществлять отдельный учет случаев оказания медицинской реабилитации в разрезе условий и форм ее оказания, а также учета пациентов, получивших медицинскую реабилитацию с учетом ее этапности.

Медицинская реабилитация предоставляется участникам специальной военной операции также во внеочередном порядке в соответствии с положениями, установленными настоящей Программой, в том числе в амбулаторных условиях и на дому. При оказании медицинской реабилитации на дому на период лечения пациенту предоставляются медицинские изделия, предназначенные для восстановления функций органов и систем, в соответствии с клиническими рекомендациями по соответствующему заболеванию. Медицинская реабилитация, предоставляемая участнику специальной военной операции, при наличии медицинских показаний может включать продолжительную медицинскую реабилитацию (длительностью 30 суток и более).

Объемы проведения медицинской реабилитации в амбулаторных условиях (третий этап) измеряются комплексными посещениями и включают набор необходимых консультаций специалистов, проведение методов реабилитации, определенных индивидуальными программами реабилитации.

Норматив объема оказания медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация" и средние нормативы финансовых затрат включают проведение ранней реабилитации при оказании медицинской кардиореабилитации (5 баллов ШРМ) и медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (5 – 6 баллов ШРМ).

Особое внимание субъектам Российской Федерации следует уделить требованиям, утвержденным Разделом VII Программы, в том числе установить порядок оказания медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», для чего необходимо сформировать перечень медицинских организаций, осуществляющих деятельность по медицинской реабилитации в условиях круглосуточного стационара, дневного стационара и амбулаторных условиях, на территории субъекта Российской Федерации, предусмотрев, с учетом реальной потребности населения и обеспечения своевременности и доступности оказания медицинской помощи по данному профилю, участие федеральных медицинских организаций, в том числе подведомственных

Социальному фонду России.

Паллиативная медицинская помощь

В соответствии с Федеральным законом № 323–ФЗ паллиативная медицинская помощь оказывается в амбулаторных условиях, в том числе на дому, и в условиях дневного стационара, стационарных условиях, 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.

В соответствии с приложением № 2 к Программе устанавливаются территориальные нормативы объема паллиативной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (посещения по первичной медицинской помощи, в том числе доврачебной и врачебной (включая ветеранов боевых действий)), включающие нормативы объема для паллиативной медицинской помощи при осуществлении посещений на дому выездными патронажными бригадами, а также в условиях круглосуточного стационара (число койко-дней). В нормативах посещений на дому выездными патронажными бригадами и паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях (включая койки паллиативной медицинской помощи и койки сестринского ухода), в том числе ветеранам боевых действий, выделены отдельные соответствующие нормативы для детского населения. Нормативы для паллиативной медицинской помощи в условиях дневного стационара с учетом потребности населения и региональных особенностей устанавливаются субъектами Российской Федерации самостоятельно.

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.

При этом согласно сноске «6» приложения № 2 к Программе посещения

по паллиативной медицинской помощи в том числе посещения на дому патронажными бригадами включены в нормативы объема первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, а случаи паллиативного лечения в дневном стационаре – в нормативы объема медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (в сноске «4» там же).

Территориальной программой устанавливаются территориальные нормативы финансовых затрат на одно посещение при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому (за исключением посещений на дому выездными патронажными бригадами), и на одно посещение при оказании паллиативной медицинской помощи на дому выездными патронажными бригадами. Территориальный норматив финансовых затрат на одно 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 одно 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 соответствующих бюджетов медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, и их подразделения обеспечиваются необходимыми лекарственными препаратами, в том числе наркотическими лекарственными препаратами и психотропными лекарственными препаратами, используемыми при посещениях на дому, а также медицинскими изделиями, предназначенными для поддержания функций органов и систем организма человека для использования на дому, по перечню, утвержденному Министерством здравоохранения Российской Федерации, и продуктами лечебного (энтерального) питания.

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.

Нормативы объема для паллиативной медицинской помощи, предоставляемой в хосписах и больницах сестринского ухода, включают в себя медико-психологическое консультирование и психологические рекомендации по вопросам, связанным с терминальной стадией заболевания, характером и особенностями паллиативной медицинской помощи, оказываемой пациентам и их родственникам.

Рекомендуется предусмотреть территориальные нормативы объема для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях отдельно для этой помощи на койках паллиативной медицинской помощи и на койках сестринского ухода.

Также следует предусмотреть за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов территориальные нормативы финансовых затрат на один койко-день отдельно для коек паллиативной медицинской помощи и для коек сестринского ухода в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях.

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

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.

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 один койко-день на планируемое (абсолютное) число койко-дней по паллиативной медицинской помощи.

Расходы соответствующих бюджетов 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.

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.

В случае если участник специальной военной операции признается медицинской организацией нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи, такая помощь предоставляется ему во внеочередном порядке в соответствии с положениями, установленными настоящей

Программой. При организации паллиативной медицинской помощи на дому за участником специальной военной операции закрепляется выездная паллиативная бригада, осуществляющая выезд к такому пациенту на дом с частотой не реже 1 раза в неделю и по медицинским показаниям.

Медицинские организации и их подразделения при наличии показаний обеспечивают участника специальной военной операции медицинскими изделиями, предназначенными для поддержания функций органов и систем организма человека для использования на дому, по перечню, утвержденному Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также необходимыми лекарственными препаратами, в том числе наркотическими лекарственными препаратами и психотропными лекарственными препаратами, используемыми при посещениях на дому, и продуктами лечебного (энтерального) питания.

Санаторно-курортное лечение

Санаторно-курортное лечение включает в себя медицинскую помощь, осуществляемую медицинскими организациями (санаторно-курортными организациями) в профилактических, лечебных и реабилитационных целях на основе использования природных лечебных ресурсов, в том числе в условиях пребывания в лечебно-оздоровительных местностях и на курортах.

Санаторно-курортное лечение осуществляется при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний для санаторно-курортного лечения, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, которые определяются лечащим врачом по результатам анализа объективного состояния здоровья, данных предшествующего медицинского обследования и лечения (со сроком давности проведения не более 1 месяца до дня обращения гражданина к лечащему врачу).

Санаторно-курортное лечение направлено на:

активацию защитно-приспособительных реакций организма в целях профилактики заболеваний, оздоровления;

восстановление и (или) компенсацию функций организма, нарушенных вследствие травм, операций и хронических заболеваний, уменьшение количества обострений, удлинение периода ремиссии, замедление развития заболеваний и предупреждение инвалидности в качестве одного из этапов медицинской реабилитации.

Оздоровление в рамках санаторно-курортного лечения представляет собой совокупность мероприятий, направленных на охрану и укрепление

здоровья граждан, и осуществляется в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации. В целях оздоровления граждан санаторно-курортными организациями на основании рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации разрабатываются программы оздоровления, включающие сочетание воздействия на организм человека природных лечебных факторов (включая грязелечение и водолечение) и мероприятий, связанных с физическими нагрузками, изменением режима питания, физического воздействия на организм человека.

При организации санаторно-курортного лечения федеральными санаторно-курортными организациями в рамках государственного задания решение о выдаче путевки на санаторно-курортное лечение принимается федеральной санаторно-курортной организацией в ходе взаимодействия с медицинской организацией, установившей показания к санаторно-курортному лечению, в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с использованием информационно-коммуникационных технологий.

В случае если санаторно-курортное лечение оказывается на базе структурного подразделения федеральной медицинской организации и на эти цели федеральной медицинской организации выделяется государственное задание в установленном порядке, решение о выдаче путевки на санаторно-курортное лечение принимается решением врачебной комиссии этой организации. Согласование такого решения с федеральным органом исполнительной власти, в ведении которого находится эта федеральная медицинская организация, не требуется.

Если показания к санаторно-курортному лечению установлены по результатам оказания гражданину специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, то решение о выдаче путевки на санаторно-курортное лечение принимается федеральной санаторно-курортной организацией за 7 дней до выписки гражданина из медицинской организации, оказавшей специализированную или высокотехнологичную медицинскую помощь.

В ходе санаторно-курортного лечения гражданин вправе пройти обследование по выявлению факторов риска развития заболеваний (состояний) и получить рекомендации по ведению здорового образа жизни и принципам здорового питания.

Особенности формирования территориальной программы государственных гарантий 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 ОМС гражданам при заболеваниях и состояниях, входящих в базовую программу ОМС, 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, в том числе консультирование застрахованных лиц по указанным заболеваниям (в рамках государственных (муниципальных) заданий);

в специализированных медицинских организациях и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация» при социально значимых заболеваниях, не входящих в базовую программу ОМС;

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

б) оказание ненормируемой медицинской помощи и предоставление иных государственных и муниципальных услуг (работ), в соответствии с разделом V Программы, а также в случае применения телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи;

в) обеспечение туберкулином в целях проведения туберкулинодиагностики;

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

д) 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;

е) 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 указанный территориальный подушевой норматив финансирования, установленный территориальной программой.

Расходы соответствующих бюджетов на реализацию государственной программы «Развитие здравоохранения», федеральных проектов национального проекта «Продолжительная и активная жизнь», в том числе Федерального проекта «Здоровье для каждого», 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), а также выплаты социального характера медицинским работникам не включаются в подушевой норматив финансирования за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, установленный территориальной программой.

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.

Финансовое обеспечение консультаций пациентов, получающих медицинскую помощь при заболеваниях, включенных в базовую программу ОМС, в амбулаторных условиях и условиях дневных стационаров, врачами–

фтизиатрами, врачами-психиатрами, врачами-психиатрами-наркологами и специалистами по социальной работе, осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

При включении в территориальную программу ОМС медицинской помощи по поводу социально значимых заболеваний, не входящих в базовую программу ОМС, в дополнение к базовой программе, финансовое обеспечение консультаций пациентов, получающих медицинскую помощь при заболеваниях, включенных в базовую программу ОМС, врачами-фтизиатрами, врачами-психиатрами, врачами-психиатрами-наркологами, врачами-инфекционистами центра профилактики и борьбы со СПИДом осуществляется за счет средств ОМС в пределах средств межбюджетного трансферта, переданных из бюджета субъекта Российской Федерации на финансовое обеспечение медицинской помощи, предоставляемая сверх базовой программы ОМС в порядке, установленном территориальной программой.

Разделом V Программы установлено, что проведение патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу ОМС, в указанных медицинских организациях осуществляется за счет средств ОМС.

При этом возмещение расходов медицинской организации, имеющей в своей структуре патолого-анатомическое отделение, на проведение патолого-анатомических вскрытий осуществляются в рамках оплаты прерванного случая госпитализации по соответствующей клинико-статистической группе заболеваний/состояний.

При проведении патолого-анатомических вскрытий пациентов, умерших в стационаре медицинских организаций, в которых отсутствует патолого-анатомическое отделение, оплата патолого-анатомических вскрытий осуществляется по отдельным тарифам, предусмотренным в тарифном соглашении субъекта Российской Федерации для проведения межучрежденческих взаиморасчетов.

Субъекты Российской Федерации вправе установить в территориальных программах территориальные нормативы объема и финансовых затрат

на единицу объема медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией с учетом рекомендаций по их расчетам.

Для этого следует провести анализ уровня заболеваемости и распространенности данной болезни, уровня госпитализации пациентов, объема медицинской помощи, предоставляемой пациентам с ВИЧ-инфекцией в дневных стационарах в динамике за 3-5 лет, предшествующих планируемому периоду, и рассчитывается средний показатель объема медицинской помощи на душу населения, который берется за основу соответствующего территориального норматива объема медицинской помощи, устанавливаемого территориальными программами.

Осуществляется оценка ресурсного обеспечения, включая имеющуюся сеть медицинских организаций, кадры, в целях реализации установленных Программой сроков ожидания медицинской помощи, с учетом плотности населения, климатических, географических особенностей региона и транспортной доступности медицинских организаций, что в дальнейшем необходимо учитывать при распределении объема медицинской помощи, оказываемой пациентам с ВИЧ–инфекцией, между медицинскими организациями субъектов Российской Федерации.

Особенности формирования территориальной программы ОМС

Территориальная программа ОМС должна содержать следующие разделы:

1) виды, условия и формы оказания медицинской помощи, оказываемые за счет средств ОМС, с выделением видов, условий и форм оказания медицинской помощи, установленных дополнительно к базовой программе;

2) перечень заболеваний и состояний, медицинская помощь при которых оказывается по территориальной программе ОМС, с указанием перечней заболеваний и состояний, включенных дополнительно к базовой программе;

3) нормативы объемов медицинской помощи на одно застрахованное лицо и нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, а также подушевые нормативы финансирования медицинской помощи (за исключением нормативов, предусмотренных для медицинской помощи, оказываемой федеральными медицинскими организациями в рамках базовой программы), с выделением нормативов по медицинской помощи, установленной сверх базовой программы, в том числе оказываемой федеральными медицинскими организациями;

4) способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС, в разрезе условий оказания и видов медицинской помощи;

5) структуру тарифов на оплату медицинской помощи;

6) порядок проведения в субъекте Российской Федерации профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, в том числе углубленной, и диспансерного наблюдения застрахованных лиц, в том числе в выходные дни и в вечернее время;

7) порядок предоставления медицинской помощи по всем видам ее оказания ветеранам боевых действий, принимавшим участие (содействовавшим выполнению задач) в специальной военной операции, уволенным с военной службы (службы, работы).

Ежемесячное авансирование страховых медицинских организаций и медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, может осуществляться по заявкам страховых медицинских организаций и медицинских организаций в пределах годового объема финансового обеспечения предоставления медицинской помощи по ОМС, распределенного решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС в размере одной двенадцатой годового объема, а также более одной двенадцатой годового объема, но не более суммы затрат на приобретение основных средств и материальных запасов за счет средств ОМС в 2024 году.

При установлении в территориальной программе ОМС 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 ОМС, установленный Программой, включает в том числе:

– расходы на оказание медицинской помощи в рамках базовой программы;

– расходы на ведение дела в сфере ОМС;

– 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.

Объем медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств ОМС, и соответствующие ему финансовые средства отражаются в приложении 2.2 к настоящим разъяснениям.

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

За счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации осуществляется финансовое обеспечение объемов медицинской помощи, превышающих объемы, установленные в территориальной программе ОМС, в размере, превышающем размер субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов ОМС.

Объемы предоставления медицинской помощи, установленные по территориальной программе ОМС субъекта Российской Федерации, в котором застрахованным лицам выдан полис ОМС, включают в себя объемы предоставления им медицинской помощи вне территории страхования этого субъекта Российской Федерации (информация согласно приложению 13 к настоящим разъяснениям представляется в Федеральный фонд).

При этом учитывается реальная потребность в оказании медицинской помощи в разрезе профилей медицинской помощи, отдаленность от территории страхования, транспортная доступность, климатогеографические факторы.

Направление в медицинские организации, расположенные за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи по территориальной программе ОМС, на оказание специализированной медицинской помощи в плановой форме выдается лечащим врачом медицинской организации, которую гражданин выбрал, в том числе по территориально–участковому принципу, и в которой проходит диагностику и лечение в рамках получения первичной медико-санитарной помощи, или в которой гражданин получает специализированную

медицинскую помощь при необходимости перевода в другую медицинскую организацию для получения специализированной медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи. При этом индивидуальное информационное сопровождение гражданина осуществляет страховая медицинская организация.

Федеральные медицинские организации оказывают медицинскую помощь в плановой форме в пределах объемов, установленных базовой программой, по направлениям, выдаваемым в порядке, утвержденном Министерством здравоохранения Российской Федерации, с учетом установленных в территориальной программе сроков ожидания медицинской помощи.

Исполнительными органами субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и территориальными фондами ОМС для подготовки проекта территориальной программы ОМС в рамках деятельности Комиссии осуществляется расчет территориальных нормативов объемов медицинской помощи и соответствующих финансовых нормативов 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 ОМС) и страховых медицинских организаций (включенных в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС), медицинских профессиональных некоммерческих организаций, созданных в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья, 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 ОМС в другом субъекте Российской Федерации, и соответствующие им финансовые средства учитываются территориальным фондом ОМС отдельно и используются при формировании нормированного страхового запаса.

Медицинским организациям, не имеющим застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, объемы медицинской помощи распределяются исходя из показателей объемов медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденных территориальной программой ОМС, 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.

Финансовые средства для обеспечения объемов медицинской помощи лицам, не идентифицированным в системе ОМС, а также не застрахованным в системе ОМС, 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 ОМС.

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

За счет средств ОМС оплачивается доабортное консультирование беременных женщин медицинскими психологами, 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», утвержденным приказом Минздрава России № 1130н, в медицинских организациях, оказывающих первичную специализированную и специализированную медицинскую помощь женщинам в период беременности, осуществляется за счет средств ОМС.

В рамках базовой программы за счет средств ОМС осуществляется финансовое обеспечение медицинской реабилитации.

Программой за счет средств ОМС 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.

Плановые объемы оказания и финансирования медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» на 2025 год, фактические объемы и стоимость медицинской помощи, оказанной по профилю «Медицинская реабилитация» по территориальной программе в 2024 году, отражаются в разрезе источников финансирования в таблице согласно приложению 11 «Плановые и фактические объемы оказания и финансирования медицинской помощи, оказанной по профилю "Медицинская реабилитация"» (далее – приложение 11) к настоящим разъяснениям.

При планировании объемов медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях на 2025 год следует также учитывать оказание данного вида медицинской помощи на дому с отражением показателей в указанном приложении 11 к настоящим разъяснениям.

Медицинская реабилитация на дому осуществляется преимущественно с применением телемедицинских технологий.

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 ОМС устанавливаются нормативы объема и нормативы финансовых затрат на единицу объема для медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в условиях круглосуточного стационара, что также отражается в приложении 2.2 к настоящим разъяснениям.

Порядок организации медицинской реабилитации взрослых утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 788н (зарегистрировано в Минюсте России 25 сентября 2020 г. № 60039), порядок организации медицинской реабилитации детей утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 октября 2019 г. № 878н (зарегистрировано в Минюсте России 23 декабря 2019 г. № 56954), согласно которым медицинская реабилитация осуществляется в медицинских организациях, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по медицинской реабилитации.

Второй и третий этапы медицинской реабилитации могут быть осуществлены на базе санаторно-курортных организаций, имеющих соответствующую лицензию, в рамках реализации базовой (территориальной)

программы ОМС при условии выделения в соответствии с законодательством Российской Федерации объемов медицинской помощи на эти цели.

За счет средств ОМС 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.

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 ОМС по видам медицинской помощи и заболеваниям (состояниям), включенным в территориальную программу ОМС.

8) 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.

9) 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 исполнительным органом субъекта Российской Федерации в

сфере охраны здоровья.

Оценка достижения критериев доступности и качества медицинской помощи осуществляется субъектами Российской Федерации 1 раз в полгода с направлением соответствующих данных в Министерство здравоохранения Российской Федерации (за первое полугодие – до 20 июля).

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.

При установлении перечня критериев доступности и качества медицинской помощи в рамках территориальной программы, Министерство здравоохранения Российской Федерации рекомендует дополнить ее следующими критериями доступности, включенными в Программу с 2025 года:

«число случаев лечения в стационарных условиях на одну занятую должность врача медицинского подразделения, оказывающего специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь;

оперативная активность на одну занятую должность врача хирургической специальности.» .

10) Исполнительные органы субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, территориальные фонды ОМС, 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 22 декабря 2023 г. № 31–2/И/2–24207, 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 предоставления медицинской помощи и критериях доступности и качества медицинской помощи.

Территориальный фонд ОМС обеспечивает информирование граждан о порядке обеспечения и защиты их прав в соответствии с законодательством в сфере ОМС.

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 ОМС на территории субъекта Российской Федерации, и территориального фонда ОМС.

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).

11) Разграничение оказания бесплатной медицинской помощи гражданам и платных медицинских услуг (работ) осуществляется в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья и постановлением Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006» 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.

Не допускается в регионе замещение гарантированной гражданам законодательством Российской Федерации бесплатной медицинской помощи платными медицинскими услугами.

В целях обеспечения правовой грамотности населения медицинским организациям необходимо в доступной форме публиковать на своем официальном сайте в сети «Интернет» информацию:

о перечне заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно в рамках базовой и территориальной

программ ОМС;

о перечне медицинских услуг, в том числе в рамках профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и углубленной диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинской реабилитации, отдельных диагностических исследований, оказание которых осуществляется бесплатно в рамках базовой и территориальной программ обязательного медицинского страхования;

о сроках ожидания бесплатной медицинской помощи;

о контактах страховых медицинских организаций и территориальных фондов ОМС.

Приложение 1

Стоимость территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по источникам финансового обеспечения на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов

Источники финансового обеспечения территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа государственных гарантий)	№ строки	2025 год				плановый период			
		Утвержденная<***> стоимость территориальной программы государственных гарантий		Утвержденные законом о бюджете субъекта Российской Федерации<****> расходы на финансовое обеспечение территориальной программы государственных гарантий		2026 год		2027 год	
						Стоимость территориальной программы государственных гарантий		Стоимость территориальной программы государственных гарантий	
		всего	на 1 жителя (1застрахованное лицо) в год	всего	на 1 жителя	всего	на 1 жителя (1застрахованное лицо) в год	всего	на 1 жителя (1застрахованное лицо) в год
		тысячи рублей	рубли	тысячи рублей	рубли	тысячи рублей	рубли	тысячи рублей	рубли
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Стоимость территориальной программы государственных гарантий всего (сумма строк 02 + 03), в том числе:	1								
I. Средства консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации <*>	2								
II. Стоимость территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - ОМС) всего <> (сумма строк 04 + 08)**	3								
1. Стоимость территориальной программы ОМС за счет средств ОМС в рамках базовой программы ОМС <> (сумма строк 05 + 06 + 07), в том числе:**	4			X	X				
1.1. субвенции из бюджета ФОМС <>**	5			X	X				
1.2. межбюджетные трансферты бюджета субъекта Российской Федерации на финансовое обеспечение территориальной программы ОМС в случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой ОМС	6								
1.3. прочие поступления	7			X	X				
2. межбюджетные трансферты бюджета субъекта Российской Федерации на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, предоставляемых в дополнение к установленным базовой программой ОМС, из них:	8								
2.1. межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта Российской Федерации в бюджет Территориального фонда ОМС на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, предоставляемых в дополнение к установленным базовой программой ОМС	9								

2.2. межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта Российской Федерации в бюджет Территориального фонда ОМС на финансовое обеспечение расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС	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 трансфертов (строки 06 и 08)

Справочные данные, использованные при расчете стоимости территориальной программы государственных гарантий за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации	**2025 год**	**2026 год**	**2027 год**
Численность населения субъекта Российской Федерации по данным Территориального органа Федеральной службы государственной статистики (человек)			
Коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с методикой, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462			
Коэффициент доступности медицинской помощи, рассчитанный в соответствии с методикой, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462			

<> без учета расходов на обеспечение выполнения территориальными фондами ОМС своих функций, предусмотренных законом о бюджете Территориального фонда ОМС по разделу 01 "Общегосударственные вопросы", расходов на мероприятия по ликвидации кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, в рамках базовой программы ОМС за счет средств бюджета Федерального фонда ОМС**

Справочно	**2025 год**				**2026 год**		**2027 год**	
	всего (тыс. руб.)	**на одно застрахованное лицо в год (руб.)**	**всего (тыс. руб.)**	**на 1 жителя**	**всего (тыс. руб.)**	**на одно застрахованное лицо в год (руб.)**	**всего (тыс. руб.)**	**на одно застрахованное лицо в год (руб.)**
Расходы на обеспечение выполнения Территориальным фондом ОМС своих функций			X	X				

<*> указывается вид нормативного правового акта субъекта Российской Федерации, которым утверждена территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, регистрационный номер и дата его принятия и вступления в силу**

<**> указывается вид нормативного правового акта субъекта Российской Федерации, которым утверждена структура и размер расходов консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на 2025 год, в том числе на реализацию территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, регистрационный номер и дата его принятия и вступления в силу**

Приложение 2.1.

Утвержденная стоимость территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по видам и условиям ее оказания за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации (далее - бюджетные ассигнования) на 2025 год

Установленные территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - ТПГГ) виды и условия оказания медицинской помощи, а также иные направления расходования бюджетных ассигнований консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации (далее - бюджетные ассигнования), включая бюджетные ассигнования, передаваемые в виде межбюджетного трансферта в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее - МБТ, ТФОМС) на финансовое обеспечение дополнительных объемов медицинской помощи по видам и условиям ее оказания, предоставляемой по территориальной программе обязательного медицинского страхования сверх установленных базовой программой обязательного медицинского страхования (далее соответственно - ТП ОМС, базовая программа ОМС)	№ строки	Единица измерения	Установленный ТПГГ объем медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС, в расчете на одного жителя			Установленный ТПГГ норматив финансовых затрат консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на единицу объема медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС			Подушевой норматив финансирования ТПГГ в разрезе направлений расходования бюджетных ассигнований консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации		Утвержденная стоимость ТПГГ по направлениям расходования бюджетных ассигнований консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации			
			Общий норматив объема медицинской помощи, оказываемой за счет бюджетных асигнований, включая средства МБТ в бюджет ТФОМС, в том числе:	норматив объема медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований (без учета медицинской помощи, оказываемой по ТП ОМС сверх базовой программы ОМС за счет средств МБТ в бюджет ТФОМС)	норматив объема медицинской помощи, оказываемой по ТП ОМС сверх базовой программы ОМС за счет средств МБТ в бюджет ТФОМС	Общий норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой за счет бюджетных асигнований, включая средства МБТ в бюджет ТФОМС, <*> в том числе:	норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи за счет бюджетных асигнований (без учета средств МБТ в бюджет ТФОМС на предоставление медицинской помощи сверх базовой программы ОМС)	норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой по ТП ОМС сверх базовой программы ОМС за счет средств МБТ в бюджет ТФОМС	за счет бюджетных ассигнований, включая средства МБТ в бюджет ТФОМС на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой по ТП ОМС сверх базовой программы ОМС	за счет средств МБТ в бюджет ТФОМС на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой по ТП ОМС сверх базовой программы ОМС	за счет бюджетных ассигнований, включая средства МБТ в бюджет ТФОМС на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой по ТП ОМС сверх базовой программы ОМС	доли в структуре расходов	за счет средств МБТ в бюджет ТФОМС на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой по ТП ОМС сверх базовой программы ОМС	доли в структуре расходов
						рубли	рубли	рубли	рубли	рубли	тысячи рублей	%	тысячи рублей	%
1	2	3	4=5+6	5	6	7= (5*8+6*9)/4	8	9	10	11	12	13	14	15
Медицинская помощь, прочие виды медицинских и иных услуг, дополнительные меры социальной защиты (поддержки), предоставляемые за счет бюджетных ассигнований, в том числе:	1		**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**						
I. Нормируемая медицинская помощь	**A**													
1. Скорая медицинская помощь, включая скорую специализированную медицинскую помощь, не входящая в территориальную программу ОМС <>, в том числе:**	2	вызов												
не идентифицированным и не застрахованным в системе ОМС лицам	3	вызов			**X**			**X**		**X**			**X**	**X**
скорая медицинская помощь при санитарно-авиационной эвакуации	4	вызов												
2. Первичная медико-санитарная помощь, предоставляемая:	5													
2.1 в амбулаторных условиях:	*6*													
2.1.1 с профилактической и иными целями <***>, в том числе:	7	посещение												
не идентифицированным и не застрахованным в системе ОМС лицам	07.1	посещение			**X**			**X**		**X**			**X**	**X**
2.1.2 в связи с заболеваниями - обращений <****>, в том числе:	8	обращение												
не идентифицированным и не застрахованным в системе ОМС лицам	08.1	обращение			**X**			**X**		**X**			**X**	**X**
*2.2 в условиях дневных стационаров <*****>, в том числе:*	*9*	случай лечения												
не идентифицированным и не застрахованным в системе ОМС лицам	9.1	случай лечения			**X**			**X**		**X**			**X**	**X**
3. В условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь) <***>, в том числе:**	10	случай лечения												
не идентифицированным и не застрахованным в системе ОМС лицам	10.1	случай лечения			**X**			**X**		**X**			**X**	**X**

Установленные территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - ТПГГ) виды и условия оказания медицинской помощи, а также иные направления расходования бюджетных ассигнований консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации (далее - бюджетные ассигнования), включая бюджетные ассигнования, передаваемые в виде межбюджетного трансферта в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее - МБТ, ТФОМС) на финансовое обеспечение дополнительных объемов медицинской помощи по видам и условиям ее оказания, предоставляемой по территориальной программе обязательного медицинского страхования сверх установленных базовой программой обязательного медицинского страхования (далее соответственно - ТП ОМС, базовая программа ОМС)	№ строки	Единица измерения	Установленный ТПГГ объем медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС, в расчете на одного жителя			Установленный ТПГГ норматив финансовых затрат консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на единицу объема медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС			Подушевой норматив финансирования ТПГГ в разрезе направлений расходования бюджетных ассигнований консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации		Утвержденная стоимость ТПГГ по направлениям расходования бюджетных ассигнований консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации			
			Общий норматив объема медицинской помощи, оказываемой за счет бюджетных асигнований, включая средства МБТ в бюджет ТФОМС, в том числе:	норматив объема медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований (без учета медицинской помощи, оказываемой по ТП ОМС сверх базовой программы ОМС за счет средств МБТ в бюджет ТФОМС)	норматив объема медицинской помощи, оказываемой по ТП ОМС сверх базовой программы ОМС за счет средств МБТ в бюджет ТФОМС	Общий норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой за счет бюджетных асигнований, включая средства МБТ в бюджет ТФОМС, <*> в том числе:	норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи за счет бюджетных асигнований (без учета средств МБТ в бюджет ТФОМС на предоставление медицинской помощи сверх базовой программы ОМС)	норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой по ТП ОМС сверх базовой программы ОМС за счет средств МБТ в бюджет ТФОМС	за счет бюджетных ассигнований, включая средства МБТ в бюджет ТФОМС на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой по ТП ОМС сверх базовой программы ОМС	за счет средств МБТ в бюджет ТФОМС на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой по ТП ОМС сверх базовой программы ОМС	за счет бюджетных ассигнований, включая средства МБТ в бюджет ТФОМС на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой по ТП ОМС сверх базовой программы ОМС	доли в структуре расходов	за счет средств МБТ в бюджет ТФОМС на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой по ТП ОМС сверх базовой программы ОМС	доли в структуре расходов
						рубли	рубли	рубли	рубли	рубли	тысячи рублей	%	тысячи рублей	%
1	2	3	4=5+6	5	6	7= (5*8+6*9)/4	8	9	10	11	12	13	14	15
4. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь	11													
*4.1 в условиях дневных стационаров <*****>, в том числе:*	*12*	случай лечения												
не идентифицированным и не застрахованным в системе ОМС лицам	12.1	случай лечения			X			X		X			X	X
4.2 в условиях круглосуточных стационаров, в том числе:	*13*	случай госпитализации												
не идентифицированным и не застрахованным в системе ОМС лицам	13.1				X			X		X			X	X
5. Паллиативная медицинская помощь:	14													
*5.1. Первичная медицинская помощь, в том числе доврачебная и врачебная (включая ветеранов боевых действий) <***>, всего, в том числе:*	15	посещение												
посещение по паллиативной медицинской помощи без учета посещений на дому патронажными бригадами	15.1	посещение												
посещения на дому выездными патронажными бригадами,	15.2	посещение												
в том числе для детского населения	15.2.1	посещение												
5.2. Паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях (включая койки паллиативной медицинской помощи и койки сестринского ухода), в том числе ветеранам боевых действий	16	койко-день												
в том числе для детского населения	16.1	койко-день												
*5.3 Паллиативная медицинская помощь в условиях дневного стационара <******>*	17	случай лечения												
II. Ненормируемая медицинская помощь и прочие виды медицинских и иных услуг, в том числе:	**Б**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**						
6. Медицинские и иные государственные и муниципальные услуги (работы), оказываемые (выполняемые) в медицинских организациях, подведомственных исполнительному органу субъекта Российской Федерации и органам местного самоуправления соответственно, входящих в номенклатуру медицинских организаций, утверждаемую Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - подведомственные медицинские организации) <*****>, за исключением медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС**	18	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**						

Установленные территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - ТПГГ) виды и условия оказания медицинской помощи, а также иные направления расходования бюджетных ассигнований консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации (далее - бюджетные ассигнования), включая бюджетные ассигнования, передаваемые в виде межбюджетного трансферта в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее - МБТ, ТФОМС) на финансовое обеспечение дополнительных объемов медицинской помощи по видам и условиям ее оказания, предоставляемой по территориальной программе обязательного медицинского страхования сверх установленных базовой программой обязательного медицинского страхования (далее соответственно - ТП ОМС, базовая программа ОМС)	№ строки	Единица измерения	Установленный ТПГГ объем медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС, в расчете на одного жителя			Установленный ТПГГ норматив финансовых затрат консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на единицу объема медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС			Подушевой норматив финансирования ТПГГ в разрезе направлений расходования бюджетных ассигнований консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации		Утвержденная стоимость ТПГГ по направлениям расходования бюджетных ассигнований консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации			
			Общий норматив объема медицинской помощи, оказываемой за счет бюджетных асигнований, включая средства МБТ в бюджет ТФОМС, в том числе:	норматив объема медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований (без учета медицинской помощи, оказываемой по ТП ОМС сверх базовой программы ОМС за счет средств МБТ в бюджет ТФОМС)	норматив объема медицинской помощи, оказываемой по ТП ОМС сверх базовой программы ОМС за счет средств МБТ в бюджет ТФОМС	Общий норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой за счет бюджетных асигнований, включая средства МБТ в бюджет ТФОМС, <*> в том числе:	норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи за счет бюджетных асигнований (без учета средств МБТ в бюджет ТФОМС на предоставление медицинской помощи сверх базовой программы ОМС)	норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой по ТП ОМС сверх базовой программы ОМС за счет средств МБТ в бюджет ТФОМС	за счет бюджетных ассигнований, включая средства МБТ в бюджет ТФОМС на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой по ТП ОМС сверх базовой программы ОМС	за счет средств МБТ в бюджет ТФОМС на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой по ТП ОМС сверх базовой программы ОМС	за счет бюджетных ассигнований, включая средства МБТ в бюджет ТФОМС на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой по ТП ОМС сверх базовой программы ОМС	доли в структуре расходов	за счет средств МБТ в бюджет ТФОМС на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой по ТП ОМС сверх базовой программы ОМС	доли в структуре расходов
						рубли	рубли	рубли	рубли	рубли	тысячи рублей	%	тысячи рублей	%
1	2	3	4=5+6	5	6	7= (5*8+6*9)/4	8	9	10	11	12	13	14	15
7. Высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в подведомственных медицинских организациях, в том числе:	19													
7.1. не включенная в базовую программу ОМС и предусмотренная разделом II приложения № 1 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов, утвержденной постаовлением Правительства Российской Федерации от декабря 2024 г. № (далее – Программа)	19.1				X			X		X			X	X
7.2. дополнительные объемы высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС в соответствии с разделом I приложения № 1 к Программе<********>	19.2				X			X		X			X	X
8. Расходы на содержание и обеспечение деятельности подведомственных медицинских организаций, из них на:	20				X			X		X			X	X
8.1. финансовое обеспечение расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в территориальной программе ОМС (далее - тарифы ОМС)	20.1	X	X	X	X	X	X	X		X			X	X
8.2. приобретение, обслуживание, ремонт медицинского оборудования, за исключением расходов подведомственных медицинских организаций, осуществляемых за счет средств ОМС, предусмотренных на эти цели в структуре тарифов ОМС	20.2	X	X	X	X	X	X	X		X			X	X
III. Дополнительные меры социальной защиты (поддержки) отдельных категорий граждан, предоставляемые в соответствии с законодательством Российской Федерации и субъекта Российской Федерации, в том числе:	в	X	X	X	X	X	X	X		X			X	X
9. Обеспечение при амбулаторном лечении (бесплатно или с 50-процентной скидкой) лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, продуктами лечебного (энтерального) питания<*********>	21	X	X	X	X	X	X	X		X			X	X
10. Бесплатное (со скидкой) зубное протезирование <**********>	22	X	X	X	X	X	X	X		X			X	X

Установленные территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - ТПГГ) виды и условия оказания медицинской помощи, а также иные направления расходования бюджетных ассигнований консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации (далее - бюджетные ассигнования), включая бюджетные ассигнования, передаваемые в виде межбюджетного трансферта в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее - МБТ, ТФОМС) на финансовое обеспечение дополнительных объемов медицинской помощи по видам и условиям ее оказания, предоставляемой по территориальной программе обязательного медицинского страхования сверх установленных базовой программой обязательного медицинского страхования (далее соответственно - ТП ОМС, базовая программа ОМС)	№ строки	Единица измерения	Установленный ТПГГ объем медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС, в расчете на одного жителя			Установленный ТПГГ норматив финансовых затрат консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на единицу объема медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС			Подушевой норматив финансирования ТПГГ в разрезе направлений расходования бюджетных ассигнований консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации		Утвержденная стоимость ТПГГ по направлениям расходования бюджетных ассигнований консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации			
			Общий норматив объема медицинской помощи, оказываемой за счет бюджетных асигнований, включая средства МБТ в бюджет ТФОМС, в том числе:	норматив объема медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований (без учета медицинской помощи, оказываемой по ТП ОМС сверх базовой программы ОМС за счет средств МБТ в бюджет ТФОМС)	норматив объема медицинской помощи, оказываемой по ТП ОМС сверх базовой программы ОМС за счет средств МБТ в бюджет ТФОМС	Общий норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой за счет бюджетных асигнований, включая средства МБТ в бюджет ТФОМС, <*> в том числе:	норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи за счет бюджетных асигнований (без учета средств МБТ в бюджет ТФОМС на предоставление медицинской помощи сверх базовой программы ОМС)	норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой по ТП ОМС сверх базовой программы ОМС за счет средств МБТ в бюджет ТФОМС	за счет бюджетных ассигнований, включая средства МБТ в бюджет ТФОМС на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой по ТП ОМС сверх базовой программы ОМС	за счет средств МБТ в бюджет ТФОМС на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой по ТП ОМС сверх базовой программы ОМС	за счет бюджетных ассигнований, включая средства МБТ в бюджет ТФОМС на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой по ТП ОМС сверх базовой программы ОМС	доли в структуре расходов	за счет средств МБТ в бюджет ТФОМС на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой по ТП ОМС сверх базовой программы ОМС	доли в структуре расходов
						рубли	рубли	рубли	рубли	рубли	тысячи рублей	%	тысячи рублей	%
1	2	3	4=5+6	5	6	7= (5*8+6*9)/4	8	9	10	11	12	13	14	15
11. Осуществление транспортировки пациентов с хронической почечной недостаточностью от места их фактического проживания до места получения заместительной почечной терапии и обратно <********>**	23	X	X	X	X	X	X	X		X			X	X

<*> Общий норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в графе 7, оказываемой за счет бюджетных асигнований консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации, включая средства межбюджетного трансферта в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее - МБТ, ТФОМС) на финансовое обеспечение дополнительных объемов медицинской помощи по видам и условиям ее оказания, предоставляемой по территориальной программе обязательного медицинского страхования (далее - ОМС) сверх установленных базовой программой ОМС рассчитывается как сумма производных норматива объема медицинской помощи в графе 5 на норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в графе 8 и норматива объема медицинской помощи, оказываемой по территориальной программе ОМС сверх базовой программы ОМС в графе 6 на норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой по территориальной программе ОМС сверх базовой программы ОМС в графе 9, разделенная на общий норматив объема медицинской помощи в графе 4.

<**> Нормативы объема скорой медицинской помощи и нормативы финансовых затрат на один случай оказания медицинской помощи авиамедицинскими выездными бригадами скорой медицинской помощи при санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами,и устанавливаются субъектом Российской Федерации. Средний норматив финансовых затрат за счет средств соответствующих бюджетов на один с учетом реальной потребности (за исключением расходов на авиационные работы) составляет

<***> Включает посещения, связанные с профилактическими мероприятиями, в том числе при проведении профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также в образовательных организациях высшего образования в целях раннего (своевременного) выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также посещения по паллиативной медицинской помощи, в том числе посещения на дому выездными патронажными бригадами, для которых устанавливаются отдельные нормативы (п. 5.1.); при этом объемы паллиативной медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условия и на дому, учитываются в посещениях с профилактической и иными целями (п. 2.1.1.).

<****> Законченных случаев лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее 2.

<*****> Субъект Российской Федерации устанавливает раздельные нормативы объема и стоимости единицы объема для оказываемой в условиях дневного стационара первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи, включающие случаи оказания медицинской помощи по профилю "медицинская реабилитация" и случаи оказания паллиативной медицинской помощи в условиях дневного стационара, с учетом реальной потребности населения, а также общие нормативы объема и стоимости единицы объема медицинской помощи в условиях дневного стационара.

<******> Субъект Российской Федерации с учетом реальной потребности вправе устанавливать отдельные нормативы объема и стоимости единицы объема для оказываемой в условиях дневного стационара паллиативной медицинской помощи (п. 5.3.); при этом объемы паллиативной медицинской помощи, оказанной в дневном стационаре, учитываются в случаях лечения в условиях дневного стационара (п. 2.2., 3., 4.1.).

<*******>Отражаются расходы подведомственных медицинских организаций на оказание медицинских и иных услуг (работ), не оплачиваемых по территориальной программе ОМС, в том числе в центрах профилактики и борьбы со СПИДом, врачебно-физкультурных диспансерах, центрах охраны здоровья семьи и репродукции, медико-генетических центрах (консультациях) и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, центрах охраны репродуктивного здоровья подростков, центрах медицинской профилактики, центрах профессиональной патологии и в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, бюро судебно-медицинской экспертизы, патолого-анатомических бюро и патолого-анатомических отделениях медицинских организаций (за исключением диагностических исследований, проводимых по заболеваниям, указанным в разделе III Программы, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования), медицинских информационно-аналитических центрах, бюро медицинской статистики, на станциях переливания крови (в центрах крови) и отделениях переливания крови (отделениях трансфузиологии) медицинских организаций, в домах ребенка, включая специализированные, в молочных кухнях и прочих медицинских организациях, входящих в номенклатуру медицинских организаций, утверждаемую Минздравм России. й помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования) (за исключением первичной медико-санитарной помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования).

<********> Указываются расходы консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации, направляемые в виде субсидий напрямую подведомственным медицинским организациям на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, предусмотренной в базовой программе ОМС согласно разделу I приложения № 1 к Программе, в дополнение к объемам высокотехнологичной медицинской помощи, предоставляемым в рамках территориальной программы ОМС.

<*********> Не ключены бюджетные ассигнования федерального бюджета, направляемые в бюджет субъекта Российской Федерации в виде субвенции на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации по предоставлению отдельным категориям граждан социальной услуги по бесплатному (с 50 %-ной скидкой со стоимости) обеспечению лекарственными препаратами и медицинскими изделиями по рецептам врачей при амбулаторном лечении, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов; иныеМБТ на финансовое обеспечение расходов по обеспечению пациентов лекарственными препаратами, предназначенными для лечения больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом I, II и VI типов, апластической анемией неуточненной, наследственным дефицитом факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта-Прауэра), а также после трансплантации органов и (или) тканей.

<**********> В случае осуществления бесплатного (со скидкой) зубного протезирования и транспортировки пациентов с хронической почечной недостаточностью от места их фактического проживания до места получения заместительной почечной терапии и обратно за счет средств, предусмотренных в консолидированном бюджете субъекта Российской Федерации по кодам бюджетной классификации Российской Федерации 09 "Здравоохранение" и 10 "Социальная политика" (приказ Министерства финансов субъекта Российской Федерации от 24.05.2022 № 82н) не исполнительному органу субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, а иным исполнительным органам субъекта Российской Федерации, бюджетные ассигнования на указанные цели не включаются в стоимость ТПГГ и соответствующий подушевой норматив ее финансового обеспечения, а отражаются в пояснительной записке к ТПГГ и сопровождаются выпиской из закона о бюджете субъекта Российской Федерации с указанием размера бюджетных ассигнований, предусмотренных на вышеуказаные цели, и наименования исполнительного органа субъекта Российской Федерации, которому они предусмотрены.

Приложение 2.2

Утвержденная стоимость территориальной программы обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации по видам и условиям оказания медицинской помощи на 2025 год

Виды и условия оказания медицинской помощи	№ строки	Единица измерения	Объем медицинской помощи в расчете на одного жителя (норматив объемов предоставления	Стоимость единицы объема медицинской помощи (норматив финансовых затрат на единицу объема	Подушевые нормативы финансирования территориальной программы		Стоимость территориальной программы по источникам ее финансового обеспечения		
					руб.		тыс. руб.		в % к итогу
					за счет средств бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС	за счет средств бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС	
А	Б	1	2	3	4	5	6	7	8
III. Медицинская помощь в рамках территориальной программы ОМС:	20		X	X	X		X		
1. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь (сумма строк 31+39+47)	21	вызов			X		X		X
2. Первичная медико-санитарная помощь, за исключением медицинской реабилитации	22	X	X	X	X	X	X	X	X
2.1. В амбулаторных условиях:	23	X	X	X	X	X	X	X	X
2.1.1. для проведения профилактических медицинских осмотров (сумма строк 33.1+41.1+49.1)	23.1	комплексное посещение			X		X		X
2.1.2. для проведения диспансеризации, всего (сумма строк 33.2+41.2+49.2), в том числе:	23.2	комплексное посещение			X		X		X
для проведения углубленной диспансеризации (сумма строк 33.2.1+41.2.1+49.2.1)	23.2.1	комплексное посещение			X		X		X
2.1.3. для проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин (сумма строк 33.3+41.3+49.3)	23.3	комплексное посещение			X		X		X
женщины	23.3.1	комплексное посещение			X		X		X
мужчины	23.3.2	комплексное посещение			X		X		X
2.1.4. для посещений с иными целями (сумма строк 33.4+41.4+49.4)	23.4	посещения			X		X		X
2.1.5. в неотложной форме (сумма строк 33.5+41.5+49.5)	23.5	посещение			X		X		X
2.1.6. в связи с заболеваниями (обращений), всего (сумма строк 33.6+41.6+49.6), из них:	23.6	обращение			X		X		X
для проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований:	23.6.1	исследования			X		X		
компьютерная томография (сумма строк 33.6.1.1+41.6.1.1+49.6.1.1)	23.6.1.1	исследования			X		X		X
магнитно-резонансная томография (сумма строк 33.6.1.2+41.6.1.2+49.6.1.2)	23.6.1.2	исследования			X		X		X
ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы (сумма строк 33.6.1.3+41.6.1.3+49.6.1.3)	23.6.1.3	исследования			X		X		X
эндоскопическое диагностическое исследование (сумма строк 33.6.1.4+41.6.1.4+49.6.1.4)	23.6.1.4	исследования			X		X		X
молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний (сумма строк 33.6.1.5+41.6.1.5+49.6.1.5)	23.6.1.5	исследования			X		X		X

Виды и условия оказания медицинской помощи	№ строки	Единица измерения	Объем медицинской помощи в расчете на одного жителя (норматив объемов предоставления	Стоимость единицы объема медицинской помощи (норматив финансовых затрат на единицу объема	Подушевые нормативы финансирования территориальной программы		Стоимость территориальной программы по источникам ее финансового обеспечения		
					руб.		тыс. руб.		в % к итогу
					за счет средств бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС	за счет средств бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС	
А	Б	1	2	3	4	5	6	7	8
патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (сумма строк 33.6.1.6+41.6.1.6+49.6.1.6)	23.6.1.6	исследования			X		X		X
ПЭТ-КТ при онкологических заболеваниях (сумма строк 33.6.1.7+41.6.1.7+49.6.1.7)	23.6.1.7	исследования							
ОФЭКТ/КТ (сумма строк 33.6.1.8+41.6.1.8+49.6.1.8)	23.6.1.8	исследования							
2.1.7. школа для больных с хроническими заболеваниями (сумма строк 33.7+41.7+49.7)	23.7	комплексное посещение							
школа сахарного диабета (сумма строк 33.7.1+41.7.1+49.7.1)	23.7.1	комплексное посещение							
2.1.8. диспансерное наблюдение (сумма строк 33.8+41.8+49.8), в том числе по поводу:	23.8	комплексное посещение			X		X		X
онкологических заболеваний (сумма строк 33.8.1+41.8.1+49.8.1)	23.8.1	комплексное посещение							
сахарного диабета (сумма строк 33.8.2+41.8.2+49.8.2)	23.8.2	комплексное посещение							
болезней системы кровообращения (сумма строк 33.8.3+41.8.3+49.8.3)	23.8.3	комплексное посещение							
2.1.9. посещения с профилактическими целями центров здоровья (сумма строк 33.9+41.9+49.9)	23.9	комплексное посещение							
3. В условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь), за исключением медицинской реабилитации (сумма строк 34+42+50), в том числе:	24	случай лечения			X		X		X
3.1. для медицинской помощи по профилю "онкология", в том числе: (сумма строк 34.1+42.1+50.1)	24.1	случай лечения			X		X		X
3.2. для медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении (сумма строк 34.2+42.2+50.2)	24.2	случай лечения			X		X		X
3.3. для медицинской помощи больным с вирусным гепатитом С (сумма строк 34.3+42.3+50.3)	24.3	случай лечения							
3.4. высокотехнологичная медицинская помощь (сумма строк 34.4+42.4+50.4)	24.4	случай лечения							
4. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара, за исключением медицинской реабилитации, (сумма строк 35+43+51) в том числе:	25	случай госпитализации			X		X		X
4.1. медицинская помощь по профилю "онкология" (сумма строк 35.1+43.1+51.1)	25.1	случай госпитализации			X		X		X
4.2. стентирование для больных с инфарктом миокарда медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций) (сумма строк 35.2+43.2+51.2)	25.2	случай госпитализации							

Виды и условия оказания медицинской помощи	№ строки	Единица измерения	Объем медицинской помощи в расчете на одного жителя (норматив объемов предоставления	Стоимость единицы объема медицинской помощи (норматив финансовых затрат на единицу объема	Подушевые нормативы финансирования территориальной программы		Стоимость территориальной программы по источникам ее финансового обеспечения		
					руб.		тыс. руб.		в % к итогу
					за счет средств бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС	за счет средств бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС	
А	Б	1	2	3	4	5	6	7	8
4.3. имплантация частотно-адаптированного кардиостимулятора взрослым медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций) (сумма строк 35.3+43.3+51.3)	25.3	случай госпитализации							
4.4. эндоваскулярная деструкция дополнительных проводящих путей и аритмогенных зон сердца (сумма строк 35.4+43.4+51.4)	25.4	случай госпитализации							
4.5. стентирование или эндартерэктомия медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций) (сумма строк 35.5+43.5+51.5)	25.5	случай госпитализации							
4.6. высокотехнологичная медицинская помощь (сумма строк 35.6+43.6+51.6)	25.6	случай госпитализации			X		X		X
5. Медицинская реабилитация (сумма строк 36+44+52):	26	X	X	X	X	X	X	X	X
5.1 В амбулаторных условиях (сумма строк 36.1+44.1+52.1)	26.1	комплексные посещения			X		X		X
5.2 В условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь) (сумма строк 36.2+44.2+52.2)	26.2	случай лечения			X		X		X
5.3 Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара (сумма строк 36.3+44.3+52.3)	26.3	случай госпитализации			X		X		X
6. паллиативная медицинская помощь <*********>	27	X			X		X		X
6.1 первичная медицинская помощь, в том числе доврачебная и врачебная <*******>, всего (равно строке 53.1), в том числе:	27.1	посещений			X		X		X
6.1.1 посещение по паллиативной медицинской помощи без учета посещений на дому патронажными бригадами (равно строке 53.1.1)	27.1.1	посещений			X		X		X
6.1.2 посещения на дому выездными патронажными бригадами (равно строке 53.1.2)	27.1.2	посещений			X		X		X
6.2. оказываемая в стационарных условиях (включая койки паллиативной медицинской помощи и койки сестринского ухода) (равно строке 53.2)	27.2	койко-день			X		X		X
6.3 оказываемая в условиях дневного стационара (равно строке 53.3)	27.3	случай лечения			X		X		X
7. Расходы на ведение дела СМО (сумма строк 45+54)	28	-	X	X	X		X		X
8. Иные расходы (равно строке 55)	29	-	X	X	X		X		X
из строки 20: 1. Медицинская помощь, предоставляемая в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам (за счет субвенции ФОМС)	30		X	X	X		X		
1. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь	31	вызов			X		X		X
2. Первичная медико-санитарная помощь, за исключением медицинской реабилитации	32	X	X	X	X	X	X	X	X
2.1. В амбулаторных условиях:	33	X	X	X	X	X	X	X	X

Виды и условия оказания медицинской помощи	№ строки	Единица измерения	Объем медицинской помощи в расчете на одного жителя (норматив объемов предоставления	Стоимость единицы объема медицинской помощи (норматив финансовых затрат на единицу объема	Подушевые нормативы финансирования территориальной программы		Стоимость территориальной программы по источникам ее финансового обеспечения		
					руб.		тыс. руб.		в % к итогу
					за счет средств бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС	за счет средств бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС	
А	Б	1	2	3	4	5	6	7	8
2.1.1. для проведения профилактических медицинских осмотров	33.1	комплексное посещение			X		X		X
2.1.2. для проведения диспансеризации, всего, в том числе:	33.2	комплексное посещение			X		X		X
для проведения углубленной диспансеризации	33.2.1	комплексное посещение			X		X		X
2.1.3. для проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин	33.3	комплексное посещение			X		X		X
женщины	33.3.1	комплексное посещение			X		X		X
мужчины	33.3.2	комплексное посещение			X		X		X
2.1.4. для посещений с иными целями	33.4	посещения			X		X		X
2.1.5. в неотложной форме	33.5	посещение			X		X		X
2.1.6. в связи с заболеваниями (обращений), всего, из них:	33.6	обращение			X		X		X
для проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований:	33.6.1	исследования			X		X		
компьютерная томография	33.6.1.1	исследования			X		X		X
магнитно-резонансная томография	33.6.1.2	исследования			X		X		X
ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы	33.6.1.3	исследования			X		X		X
эндоскопическое диагностическое исследование	33.6.1.4	исследования			X		X		X
молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний	33.6.1.5	исследования			X		X		X
патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии	33.6.1.6	исследования			X		X		X
ПЭТ-КТ при онкологических заболеваниях	33.6.1.7	исследования							
ОФЭКТ/КТ	33.6.1.8	исследования							
2.1.7. школа для больных с хроническими заболеваниями	33.7	комплексное посещение							
школа сахарного диабета	33.7.1	комплексное посещение							
2.1.8. диспансерное наблюдение, в том числе по поводу:	33.8	комплексное посещение			X		X		X
онкологических заболеваний	33.8.1	комплексное посещение							
сахарного диабета	33.8.2	комплексное посещение							
болезней системы кровообращения	33.8.3	комплексное посещение							
2.1.9. посещения с профилактическими целями центров здоровья	33.9	комплексное посещение							

Виды и условия оказания медицинской помощи	№ строки	Единица измерения	Объем медицинской помощи в расчете на одного жителя (норматив объемов предоставления	Стоимость единицы объема медицинской помощи (норматив финансовых затрат на единицу объема	Подушевые нормативы финансирования территориальной программы		Стоимость территориальной программы по источникам ее финансового обеспечения		
					руб.		тыс. руб.		в % к итогу
					за счет средств бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС	за счет средств бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС	
А	Б	1	2	3	4	5	6	7	8
3. В условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь), за исключением медицинской реабилитации , в том числе:	34	случай лечения			X		X		X
3.1. для медицинской помощи по профилю "онкология", в том числе:	34.1	случай лечения			X		X		X
3.2. для медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении	34.2	случай лечения			X		X		X
3.3. для медицинской помощи больным с вирусным гепатитом С	34.3	случай лечения							
3.4. высокотехнологичная медицинская помощь	34.4	случай лечения							
4. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара, за исключением медицинской реабилитации, в том числе:	35	случай госпитализации			X		X		X
4.1. медицинская помощь по профилю "онкология"	35.1	случай госпитализации			X		X		X
4.2. стентирование для больных с инфарктом миокарда медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций)	35.2	случай госпитализации							
4.3. имплантация частотно-адаптированного кардиостимулятора взрослым медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций)	35.3	случай госпитализации							
4.4. эндоваскулярная деструкция дополнительных проводящих путей и аритмогенных зон сердца	35.4	случай госпитализации							
4.5. стентирование или эндартерэктомия медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций)	35.5	случай госпитализации							
4.6. высокотехнологичная медицинская помощь	35.6	случай госпитализации			X		X		X
5. Медицинская реабилитация:	36	X	X	X	X	X	X	X	X
5.1 В амбулаторных условиях	36.1	комплексные посещения			X		X		X
5.2 В условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь)	36.2	случай лечения			X		X		X
5.3 Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара	36.3	случай госпитализации			X		X		X
6. Расходы на ведение дела СМО	37	-	X	X	X		X		X
2. Медицинская помощь по видам и заболеваниям, установленным базовой программой (за счет межбюджетных трансфертов бюджета субъекта Российской Федерации и прочих поступлений):	38								
1. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь	39	вызов			X		X		X

Виды и условия оказания медицинской помощи	№ строки	Единица измерения	Объем медицинской помощи в расчете на одного жителя (норматив объемов предоставления	Стоимость единицы объема медицинской помощи (норматив финансовых затрат на единицу объема	Подушевые нормативы финансирования территориальной программы		Стоимость территориальной программы по источникам ее финансового обеспечения		
					руб.		тыс. руб.		в % к итогу
					за счет средств бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС	за счет средств бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС	
А	Б	1	2	3	4	5	6	7	8
2. Первичная медико-санитарная помощь, за исключением медицинской реабилитации	40	X	X	X	X	X	X	X	X
2.1. В амбулаторных условиях:	41	X	X	X	X	X	X	X	X
2.1.1. для проведения профилактических медицинских осмотров	41.1	комплексное посещение			X		X		X
2.1.2. для проведения диспансеризации, всего, в том числе:	41.2	комплексное посещение			X		X		X
для проведения углубленной диспансеризации	41.2.1	комплексное посещение			X		X		X
2.1.3. для проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин	41.3	комплексное посещение			X		X		X
женщины	41.3.1	комплексное посещение			X		X		X
мужчины	41.3.2	комплексное посещение			X		X		X
2.1.4. для посещений с иными целями	41.4	посещения			X		X		X
2.1.5. в неотложной форме	41.5	посещение			X		X		X
2.1.6. в связи с заболеваниями (обращений), всего, из них:	41.6	обращение			X		X		X
для проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований:	41.6.1	исследования			X		X		
компьютерная томография	41.6.1.1	исследования			X		X		X
магнитно-резонансная томография	41.6.1.2	исследования			X		X		X
ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы	41.6.1.3	исследования			X		X		X
эндоскопическое диагностическое исследование	41.6.1.4	исследования			X		X		X
молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний	41.6.1.5	исследования			X		X		X
патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии	41.6.1.6	исследования			X		X		X
ПЭТ-КТ при онкологических заболеваниях	41.6.1.7	исследования							
ОФЭКТ/КТ	41.6.1.8	исследования							
2.1.7. школа для больных с хроническими заболеваниями	41.7	комплексное посещение							
школа сахарного диабета	41.7.1	комплексное посещение							
2.1.8. диспансерное наблюдение, в том числе по поводу:	41.8	комплексное посещение			X		X		X
онкологических заболеваний	41.8.1	комплексное посещение							
сахарного диабета	41.8.2	комплексное посещение							
болезней системы кровообращения	41.8.3	комплексное посещение							
2.1.9. посещения с профилактическими целями центров здоровья	41.9	комплексное посещение							

Виды и условия оказания медицинской помощи	№ строки	Единица измерения	Объем медицинской помощи в расчете на одного жителя (норматив объемов предоставления	Стоимость единицы объема медицинской помощи (норматив финансовых затрат на единицу объема	Подушевые нормативы финансирования территориальной программы		Стоимость территориальной программы по источникам ее финансового обеспечения		
					руб.		тыс. руб.		в % к итогу
					за счет средств бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС	за счет средств бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС	
А	Б	1	2	3	4	5	6	7	8
3. В условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь), за исключением медицинской реабилитации, в том числе:	42	случай лечения			X		X		X
3.1. для медицинской помощи по профилю "онкология", в том числе:	42.1	случай лечения			X		X		X
3.2. для медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении	42.2	случай лечения			X		X		X
3.3. для медицинской помощи больным с вирусным гепатитом С	42.3	случай лечения							
3.4. высокотехнологичная медицинская помощь	42.4	случай лечения							
4. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара, за исключением медицинской реабилитации, в том числе:	43	случай госпитализации			X		X		X
4.1. медицинская помощь по профилю "онкология"	43.1	случай госпитализации			X		X		X
4.2. стентирование для больных с инфарктом миокарда медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций)	43.2	случай госпитализации							
4.3. имплантация частотно-адаптированного кардиостимулятора взрослым медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций)	43.3	случай госпитализации							
4.4. эндоваскулярная деструкция дополнительных проводящих путей и аритмогенных зон сердца	43.4	случай госпитализации							
4.5. стентирование или эндартерэктомия медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций)	43.5	случай госпитализации							
4.6. высокотехнологичная медицинская помощь	43.6	случай госпитализации			X		X		X
5. Медицинская реабилитация:	44	X	X	X	X	X	X	X	X
5.1 В амбулаторных условиях	44.1	комплексные посещения			X		X		X
5.2 В условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь)	44.2	случай лечения			X		X		X
5.3 Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара	44.3	случай госпитализации			X		X		X
7. Расходы на ведение дела СМО	45	-	X	X	X		X		X
3. Медицинская помощь по видам и заболеваниям, не установленным базовой программой:	46	-	X	X	X	0	X	0	0
1. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь	47	вызов	0	0	X	0	X	0	X

Виды и условия оказания медицинской помощи	№ строки	Единица измерения	Объем медицинской помощи в расчете на одного жителя (норматив объемов предоставления	Стоимость единицы объема медицинской помощи (норматив финансовых затрат на единицу объема	Подушевые нормативы финансирования территориальной программы		Стоимость территориальной программы по источникам ее финансового обеспечения		
					руб.		тыс. руб.		в % к итогу
					за счет средств бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС	за счет средств бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС	
А	Б	1	2	3	4	5	6	7	8
2. Первичная медико-санитарная помощь, за исключением медицинской реабилитации	48	X	X	X	X	X	X	X	X
2.1. В амбулаторных условиях:	49	X	X	X	X	X	X	X	X
2.1.1. для проведения профилактических медицинских осмотров	49.1	комплексное посещение	0	0	X	0	X	0	X
2.1.2. для проведения диспансеризации, всего, в том числе:	49.2	комплексное посещение	0	0	X	0	X	0	X
для проведения углубленной диспансеризации	49.2.1	комплексное посещение	0	0	X	0	X	0	X
2.1.3. для проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин	49.3	комплексное посещение	0	0	X	0	X	0	X
женщины	49.3.1	комплексное посещение	0	0	X	0	X	0	X
мужчины	49.3.2	комплексное посещение	0	0	X	0	X	0	X
2.1.4. для посещений с иными целями	49.4	посещения	0	0	X	0	X	0	X
2.1.5. в неотложной форме	49.5	посещение	0	0	X	0	X	0	X
2.1.6. в связи с заболеваниями (обращений), всего , из них:	49.6	обращение	0	0	X	0	X	0	X
для проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований:	49.6.1	исследования	0	0	X	0	X	0	0
компьютерная томография	49.6.1.1	исследования	0	0	X	0	X	0	X
магнитно-резонансная томография	49.6.1.2	исследования	0	0	X	0	X	0	X
ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы	49.6.1.3	исследования	0	0	X	0	X	0	X
эндоскопическое диагностическое исследование	49.6.1.4	исследования	0	0	X	0	X	0	X
молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний	49.6.1.5	исследования	0	0	X	0	X	0	X
патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии	49.6.1.6	исследования	0	0	X	0	X	0	X
ПЭТ-КТ при онкологических заболеваниях	49.6.1.7	исследования	0	0	0	0	0	0	0
ОФЭКТ/КТ	49.6.1.8	исследования	0	0	0	0	0	0	0
2.1.7. школа для больных с хроническими заболеваниями	49.7	комплексное посещение	0	0	0	0	0	0	0
школа сахарного диабета	49.7.1	комплексное посещение	0	0	0	0	0	0	0
2.1.8. диспансерное наблюдение, в том числе по поводу:	49.8	комплексное посещение	0	0	X	0	X	0	X
онкологических заболеваний	49.8.1	комплексное посещение	0	0	0	0	0	0	0
сахарного диабета	49.8.2	комплексное посещение	0	0	0	0	0	0	0
болезней системы кровообращения	49.8.3	комплексное посещение	0	0	0	0	0	0	0
2.1.9. посещения с профилактическими целями центров здоровья	49.9	комплексное посещение	0	0	0	0	0	0	0

Виды и условия оказания медицинской помощи	№ строки	Единица измерения	Объем медицинской помощи в расчете на одного жителя (норматив объемов предоставления	Стоимость единицы объема медицинской помощи (норматив финансовых затрат на единицу объема	Подушевые нормативы финансирования территориальной программы		Стоимость территориальной программы по источникам ее финансового обеспечения		
					руб.		тыс. руб.		в % к итогу
					за счет средств бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС	за счет средств бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС	
А	Б	1	2	3	4	5	6	7	8
3. В условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь), за исключением медицинской реабилитации, в том числе:	50	случай лечения	0	0	X	0	X	0	X
3.1. для медицинской помощи по профилю "онкология", в том числе:	50.1	случай лечения	0	0	X	0	X	0	X
3.2. для медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении	50.2	случай лечения	0	0	X	0	X	0	X
3.3. для медицинской помощи больным с вирусным гепатитом С	50.3	случай лечения	0	0	0	0	0	0	0
3.4. высокотехнологичная медицинская помощь	50.4	случай лечения	0	0	0	0	0	0	0
4. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара, за исключением медицинской реабилитации, в том числе:	51	случай госпитализации	0	0	X	0	X	0	X
4.1. медицинская помощь по профилю "онкология"	51.1	случай госпитализации	0	0	X	0	X	0	X
4.2. стентирование для больных с инфарктом миокарда медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций)	51.2	случай госпитализации	0	0	0	0	0	0	0
4.3. имплантация частотно-адаптированного кардиостимулятора взрослым медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций)	51.3	случай госпитализации	0	0	0	0	0	0	0
4.4. эндоваскулярная деструкция дополнительных проводящих путей и аритмогенных зон сердца	51.4	случай госпитализации	0	0	0	0	0	0	0
4.5. стентирование или эндартерэктомия медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций)	51.5	случай госпитализации	0	0	0	0	0	0	0
4.6. высокотехнологичная медицинская помощь	51.6	случай госпитализации	0	0	X	0	X	0	X
5. Медицинская реабилитация:	52	X	X	X	X	X	X	X	X
5.1 В амбулаторных условиях	52.1	комплексные посещения	0	0	X	0	X	0	X
5.2 В условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь)	52.2	случай лечения	0	0	X	0	X	0	X
5.3 Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара	52.3	случай госпитализации	0	0	X	0	X	0	X
6. паллиативная медицинская помощь <********>	53	X	0	0	X	0	X	0	X
6.1 первичная медицинская помощь, в том числе доврачебная и врачебная<*******>, всего, в том числе:	53.1	посещений	0	0	X	0	X	0	X
6.1.1 посещение по паллиативной медицинской помощи без учета посещений на дому патронажными бригадами	53.1.1	посещений	0	0	X	0	X	0	X
6.1.2 посещения на дому выездными патронажными бригадами	53.1.2	посещений	0	0	X	0	X	0	X

Виды и условия оказания медицинской помощи	№ строки	Единица измерения	Объем медицинской помощи в расчете на одного жителя (норматив объемов предоставления	Стоимость единицы объема медицинской помощи (норматив финансовых затрат на единицу объема	Подушевые нормативы финансирования территориальной программы		Стоимость территориальной программы по источникам ее финансового обеспечения		
					руб.		тыс. руб.		в % к итогу
					за счет средств бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС	за счет средств бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС	
А	Б	1	2	3	4	5	6	7	8
6.2. оказываемая в стационарных условиях (включая койки паллиативной медицинской помощи и койки сестринского ухода)	53.2	койко-день	0	0	X	0	X	0	X
6.3 оказываемая в условиях дневного стационара	53.3	случай лечения	0	0	X	0	X	0	X
7. Расходы на ведение дела СМО	54	-	X	X	X	0	X	0	X
8. Иные расходы	55	-	X	X	X	0	X	0	X
ИТОГО (сумма строк 01 + 19 + 20)	56	X	X	X	0	0	0	0	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). Средние нормативы объема оказания и средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов (в случае передачи органами государственной власти субъектов Российской Федерации соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан Российской Федерации для осуществления органами местного самоуправления).

<**> Нормативы объема скорой медицинской помощи и нормативы финансовых затрат на один вызов скорой медицинской помощи устанавливаются субъектом Российской Федерации. Средний норматив финансовых затрат за счет средств соответствующих бюджетов на один случай оказания медицинской помощи авиамедицинскими выездными бригадами скорой медицинской помощи при санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами, с учетом реальной потребности (за исключением расходов на авиационные работы) устанавливаются субъектом Российской Федерации за счет средств соответствующих бюджетов.

<***> Включая посещения, связанные с профилактическими мероприятиями, в том числе при проведении профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также в образовательных организациях высшего образования в целях раннего (своевременного) выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

<****> Законченных случаев лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее 2.

<*****> Субъект Российской Федерации вправе устанавливать раздельные нормативы объема и стоимости единицы объема для оказываемой в условиях дневного стационара первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи, включающие случаи оказания паллиативной медицинской помощи в условиях дневного стационара, а также для медицинской реабилитации.

<******> Нормативы объема и стоимости единицы объема медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров (общие для первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи, включая случаи оказания паллиативной медицинской помощи в условиях дневного стационара) устанавливаются субъектом Российской Федерации на основании соответствующих нормативов Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 - 2027 годы, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 № 1940.

<*******> Указываются расходы консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на приобретение медицинского оборудования для медицинских организаций, работающих в системе ОМС, сверх ТПОМС.

<********> Включены в норматив объема первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в случае включения паллиативной медицинской помощи в территориальную программу ОМС сверх базовой программы ОМС с соответствующими платежом субъекта РФ.

Приложение 3

Коэффициент дифференциации и коэффициент доступности медицинской помощи на 2025 год, рассчитанные в соответствии с методикой, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462

тыс. рублей

Субъекты Российской Федерации	2025 год		
	Коэффициент дифференциации	Корректирующий коэффициент для ФГУ	Коэффициент доступности медицинской помощи с учетом ограничений не менее 1,0 и не более 1,05
1	7	8	9
Российская Федерация			
Центральный ФО			
Белгородская область	**1,000**	**1,000**	**1,000**
Брянская область	**1,000**	**1,000**	**1,000**
Владимирская область	**1,000**	**1,000**	**1,000**
Воронежская область	**1,000**	**1,000**	**1,000**
Ивановская область	**1,000**	**1,000**	**1,000**
Калужская область	**1,000**	**1,000**	**1,000**
Костромская область	**1,000**	**1,000**	**1,000**
Курская область	**1,000**	**1,000**	**1,000**
Липецкая область	**1,000**	**1,000**	**1,000**
Московская область	**1,078**	**1,000**	**1,000**
Орловская область	**1,000**	**1,000**	**1,000**
Рязанская область	**1,000**	**1,000**	**1,000**
Смоленская область	**1,000**	**1,000**	**1,000**
Тамбовская область	**1,000**	**1,000**	**1,000**
Тверская область	**1,000**	**1,000**	**1,000**
Тульская область	**1,000**	**1,000**	**1,000**
Ярославская область	**1,000**	**1,000**	**1,000**
г. Москва	**1,646**	**0,975**	**1,000**
Северо-Западный ФО			
Республика Карелия	**1,520**	**1,000**	**1,029**
Республика Коми	**1,701**	**1,000**	**1,050**
Архангельская область	**1,649**	**1,000**	**1,037**
Вологодская область	**1,124**	**1,000**	**1,011**
Калининградская область	**1,000**	**1,000**	**1,000**
Ленинградская область	**1,000**	**1,000**	**1,000**
Мурманская область	**1,864**	**1,000**	**1,019**
Новгородская область	**1,000**	**1,000**	**1,000**
Псковская область	**1,000**	**1,000**	**1,000**
г. Санкт-Петербург	**1,200**	**0,980**	**1,000**
Ненецкий а.о.	**3,424**	**1,000**	**1,050**

Субъекты Российской Федерации	2025 год		
	Коэффициент дифференциации	Корректирующий коэффициент для ФГУ	Коэффициент доступности медицинской помощи с учетом ограничений не менее 1,0 и не более 1,05
1	7	8	9
Южный ФО			
Республика Адыгея	**1,000**	**1,000**	**1,000**
Республика Калмыкия	**1,049**	**1,000**	**1,024**
Республика Крым	**1,000**	**1,000**	**1,000**
Краснодарский край	**1,000**	**1,000**	**1,000**
Астраханская область	**1,000**	**1,000**	**1,000**
Волгоградская область	**1,000**	**1,000**	**1,000**
Ростовская область	**1,001**	**1,000**	**1,000**
г. Севастополь	**1,000**	**1,000**	**1,000**
Северо-Кавказский ФО			
Республика Дагестан	**1,006**	**1,000**	**1,000**
Республика Ингушетия	**1,000**	**1,000**	**1,000**
Кабардино-Балкарская Республика	**1,008**	**1,000**	**1,000**
Карачаево-Черкесская Республика	**1,020**	**1,000**	**1,000**
Республика Северная Осетия-Алания	**1,019**	**1,000**	**1,000**
Чеченская Республика	**1,000**	**1,000**	**1,000**
Ставропольский край	**1,002**	**1,000**	**1,000**
Приволжский ФО			
Республика Башкортостан	**1,109**	**1,000**	**1,000**
Республика Марий Эл	**1,000**	**1,000**	**1,000**
Республика Мордовия	**1,000**	**1,000**	**1,000**
Республика Татарстан	**1,000**	**1,000**	**1,000**
Удмуртская Республика	**1,105**	**1,000**	**1,000**
Чувашская Республика	**1,000**	**1,000**	**1,000**
Пермский край	**1,109**	**1,000**	**1,000**
Кировская область	**1,070**	**1,000**	**1,000**
Нижегородская область	**1,004**	**1,000**	**1,000**
Оренбургская область	**1,105**	**1,000**	**1,000**
Пензенская область	**1,006**	**1,000**	**1,000**
Самарская область	**1,000**	**1,000**	**1,000**
Саратовская область	**1,001**	**1,000**	**1,000**
Ульяновская область	**1,000**	**1,000**	**1,000**
Уральский ФО			
Курганская область	**1,105**	**1,000**	**1,000**
Свердловская область	**1,111**	**1,000**	**1,000**
Тюменская область	**1,112**	**1,000**	**1,000**
Челябинская область	**1,112**	**1,000**	**1,000**
Ханты-Мансийский а.о.— Югра	**1,748**	**1,000**	**1,026**
Ямало-Ненецкий а.о.	**2,456**	**1,000**	**1,050**

Субъекты Российской Федерации	2025 год		
	Коэффициент дифференциации	Корректирующий коэффициент для ФГУ	Коэффициент доступности медицинской помощи с учетом ограничений не менее 1,0 и не более 1,05
1	7	8	9
Сибирский ФО			
Республика Алтай	**1,651**	**1,000**	**1,037**
Республика Тыва	**1,708**	**1,000**	**1,043**
Республика Хакасия	**1,420**	**1,000**	**1,010**
Алтайский край	**1,146**	**1,000**	**1,000**
Красноярский край	**1,506**	**1,000**	**1,050**
Иркутская область	**1,395**	**1,000**	**1,028**
Кемеровская область - Кузбасс	**1,210**	**1,000**	**1,000**
Новосибирская область	**1,140**	**1,000**	**1,000**
Омская область	**1,105**	**1,000**	**1,000**
Томская область	**1,376**	**1,000**	**1,026**
Дальневосточный ФО			
Республика Бурятия	**1,451**	**1,000**	**1,030**
Республика Саха (Якутия)	**3,384**	**1,000**	**1,050**
Забайкальский край	**1,407**	**1,000**	**1,037**
Камчатский край	**3,638**	**1,000**	**1,050**
Приморский край	**1,377**	**1,000**	**1,000**
Хабаровский край	**1,542**	**1,000**	**1,050**
Амурская область	**1,454**	**1,000**	**1,040**
Магаданская область	**3,428**	**1,000**	**1,050**
Сахалинская область	**1,813**	**1,000**	**1,016**
Еврейская автономная область	**1,496**	**1,000**	**1,021**
Чукотский автономный округ	**4,050**	**1,000**	**1,050**
Байконур	**1,280**	**1,000**	**1,000**

Приложение 4

Рекомендуемые дифференцированные нормативы объема медицинской помощи, оказываемой за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации, на 2025 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	из них		койко-дней по паллиативной медицинской помощи	в том числе
						первичная медико-санитарная помощь	специализированная медицинская помощь		детского населения
Центральный ФО									
Белгородская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Брянская область	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0110-0,0138	0,0032-0,004	0,00078-0,00098	0,00242-0,00302	0,074-0,092	0,0016432-0,002054
Владимирская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Воронежская область	1,100	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Ивановская область	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0110-0,0138	0,0032-0,004	0,00078-0,00098	0,00242-0,00302	0,074-0,092	0,0016432-0,002054
Калужская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Костромская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Курская область	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0110-0,0138	0,0032-0,004	0,00078-0,00098	0,00242-0,00302	0,074-0,092	0,0016432-0,002054
Липецкая область	0,900	0,66-0,73	0,13-0,144	0,0124-0,0138	0,0036-0,004	0,00088-0,00098	0,00272-0,00302	0,083-0,092	0,0018486-0,002054
Московская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Орловская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Рязанская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Смоленская область	1,000	0,73	0,144	0,0138	0,004	0,00098	0,00302	0,092	0,002054
Тамбовская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Тверская область	0,900	0,66-0,73	0,13-0,144	0,0124-0,0138	0,0036-0,004	0,00088-0,00098	0,00272-0,00302	0,083-0,092	0,0018486-0,002054
Тульская область	0,900	0,66-0,73	0,13-0,144	0,0124-0,0138	0,0036-0,004	0,00088-0,00098	0,00272-0,00302	0,083-0,092	0,0018486-0,002054
Ярославская область	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0110-0,0138	0,0032-0,004	0,00078-0,00098	0,00242-0,00302	0,074-0,092	0,0016432-0,002054
г.Москва	0,900	0,66-0,73	0,13-0,144	0,0124-0,0138	0,0036-0,004	0,00088-0,00098	0,00272-0,00302	0,083-0,092	0,0018486-0,002054
Северо-Западный ФО									
Республика Карелия	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0110-0,0138	0,0032-0,004	0,00078-0,00098	0,00242-0,00302	0,074-0,092	0,0016432-0,002054
Республика Коми	0,900	0,66-0,73	0,13-0,144	0,0124-0,0138	0,0036-0,004	0,00088-0,00098	0,00272-0,00302	0,083-0,092	0,0018486-0,002054
Архангельская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Ненецкий автономный округ	1,200	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Вологодская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Калининградская область	1,000	0,73	0,144	0,0138	0,004	0,00098	0,00302	0,092	0,002054
Ленинградская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Мурманская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Новгородская область	1,000	0,73	0,144	0,0138	0,004	0,00098	0,00302	0,092	0,002054
Псковская область	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0110-0,0138	0,0032-0,004	0,00078-0,00098	0,00242-0,00302	0,074-0,092	0,0016432-0,002054
г.Санкт-Петербург	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Южный ФО									
Республика Адыгея	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Республика Калмыкия	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0110-0,0138	0,0032-0,004	0,00078-0,00098	0,00242-0,00302	0,074-0,092	0,0016432-0,002054
Республика Крым	1,200	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Краснодарский край	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Астраханская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Волгоградская область	1,000	0,73	0,144	0,0138	0,004	0,00098	0,00302	0,092	0,002054
Ростовская область	1,000	0,73	0,144	0,0138	0,004	0,00098	0,00302	0,092	0,002054
г.Севастополь	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Северо-Кавказский ФО									
Республика Дагестан	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Республика Ингушетия	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Кабардино-Балкарская Республика	1,300	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Карачаево-Черкесская Республика	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Республика Северная Осетия-Алания	0,900	0,66-0,73	0,13-0,144	0,0124-0,0138	0,0036-0,004	0,00088-0,00098	0,00272-0,00302	0,083-0,092	0,0018486-0,002054
Чеченская Республика	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Ставропольский край	1,300	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Приволжский ФО									
Республика Башкортостан	0,900	0,66-0,73	0,13-0,144	0,0124-0,0138	0,0036-0,004	0,00088-0,00098	0,00272-0,00302	0,083-0,092	0,0018486-0,002054
Республика Марий Эл	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Республика Мордовия	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Республика Татарстан	0,900	0,66-0,73	0,13-0,144	0,0124-0,0138	0,0036-0,004	0,00088-0,00098	0,00272-0,00302	0,083-0,092	0,0018486-0,002054
Удмуртская Республика	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0110-0,0138	0,0032-0,004	0,00078-0,00098	0,00242-0,00302	0,074-0,092	0,0016432-0,002054
Чувашская Республика	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Пермский край	1,000	0,73	0,144	0,0138	0,004	0,00098	0,00302	0,092	0,002054
Кировская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Нижегородская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Оренбургская область	0,900	0,66-0,73	0,13-0,144	0,0124-0,0138	0,0036-0,004	0,00088-0,00098	0,00272-0,00302	0,083-0,092	0,0018486-0,002054
Пензенская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Самарская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Саратовская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Ульяновская область	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0110-0,0138	0,0032-0,004	0,00078-0,00098	0,00242-0,00302	0,074-0,092	0,0016432-0,002054
Уральский ФО									
Курганская область	1,100	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Свердловская область	1,100	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Тюменская область	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0110-0,0138	0,0032-0,004	0,00078-0,00098	0,00242-0,00302	0,074-0,092	0,0016432-0,002054
Ханты-Мансийский автономный округ - Югра	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Ямало-Ненецкий автономный округ	1,300	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Челябинская область	1,300	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*

Субъект Российской	Коэффициент дифференциации объема	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							
						из них			в том числе
Сибирский ФО									
Республика Алтай	0,900	0,66-0,73	0,13-0,144	0,0124-0,0138	0,0036-0,004	0,00088-0,00098	0,00272-0,00302	0,083-0,092	0,0018486-0,002054
Республика Тыва	1,300	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Республика Хакасия	1,300	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Алтайский край	1,300	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Красноярский край	1,330	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Иркутская область	1,300	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Кемеровская область-Кузбасс	1,300	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Новосибирская область	1,300	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Омская область	1,100	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Томская область	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0110-0,0138	0,0032-0,004	0,00078-0,00098	0,00242-0,00302	0,074-0,092	0,0016432-0,002054
Дальневосточный ФО									
Республика Бурятия	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Республика Саха (Якутия)	1,300	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Забайкальский край	1,300	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Камчатский край	1,100	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Приморский край	1,300	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Хабаровский край	1,300	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Амурская область	1,300	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Магаданская область	1,300	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Сахалинская область	1,300	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
область	1,300	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Чукотский автономный округ	1,300	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*

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

Приложение 5

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, в том числе углубленную диспансеризацию в 2025 году

N п/п	Код медицинской организации по реестру	Наименование медицинской организации	в том числе <*>									
			Осуществляющие деятельность в рамках выполнения государственного задания за счет средств бюджетных ассигнований бюджета субъекта РФ	Осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования	из них							
					Проводящие профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию	в том числе:		Проводящие диспансерное наблюдение	Проводящие медицинскую реабилитацию	в том числе:		
						углубленную диспансеризацию	для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин			в амбулаторных условиях	в условиях дневных стационаров	в условиях круглосуточных стационаров
Итого медицинских организаций, участвующих в территориальной программе государственных гарантий, всего в том числе												
медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, которым комиссией распределяются объемы специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров												

<*> Заполняется знак отличия (1).

Приложение 6

Объем
медицинской помощи по профилактическим медицинским осмотрам
и диспансеризации на 2025 год

№ строки	Возраст, лет/месяцев	Численность застрахованных лиц на 01.01.2024, человек			Прогнозный отклик на профилактический медицинский осмотр, %	Численность застрахованных лиц, подлежащих профилактическому медицинскому осмотру, человек		
		всего	мужчин	женщин		всего	мужчин	женщин
А	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 средств 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							
47	42 лет							
48	43 лет							
49	44 лет							
50	45 лет							
51	46 лет							
52	47 лет							
53	48 лет							

№ строки	Возраст, лет/месяцев	Численность застрахованных лиц на 01.01.2024, человек			Прогнозный отклик на профилактический медицинский осмотр, %	Численность застрахованных лиц, подлежащих профилактическому медицинскому осмотру, человек		
		всего	мужчин	женщин		всего	мужчин	женщин
А	1	2	3	4	5	6	7	8
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 7

Объем медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической и иными целями, на 1 жителя/застрахованное лицо на 2025 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+5+12+13), всего,		
	в том числе:		
2	I. Норматив объема комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров (включая 1-е посещение для проведения диспансерного наблюдения)		
3	II. Норматив объема комплексных посещений для проведения диспансеризации, в том числе:		
3.1	для проведения углубленной диспансеризации		
4	III. Норматив объема комплексных посещений для проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин		
4.1	женщины		
4.2	мужчины		
5	IV. Норматив посещений с иными целями (сумма строк 6+9+10+11), в том числе		
6	норматив посещений для паллиативной медицинской помощи (сумма строк 7+8), в том числе		
7	норматив посещений по паллиативной медицинской помощи без учета посещений на дому патронажными бригадами паллиативной медицинской помощи		
8	норматив посещений на дому выездными патронажными бригадами		
9	объем разовых посещений в связи с заболеванием		
10	объем посещений с другими целями (патронаж, выдача справок и иных медицинских документов и др.)		
11	объем посещений медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием		
12	V. Посещения с профилактическими целями центров здоровья		
13	VI. Объем комплексных посещений для школы для больных с хроническими заболеваниями, в том числе		
14	школа сахарного диабета		
	Справочно:		
	объем посещений центров здоровья		
	объем посещений центров амбулаторной онкологической помощи		
	объем посещений для проведения 2 этапа диспансеризации		
	объем комплексных посещений для проведения диспансерного наблюдения (за исключением 1-го посещения)		

Приложение 8

Объем и финансовое обеспечение
отдельных диагностических и лабораторных исследований
на 2025 год

№ строки	Показатель	Объем медицинской помощи		Финансовое обеспечение медицинской помощи	
		количество исследований	на одно застрахованное лицо	размер финансового обеспечения	норматив/размер финансовых затрат на одно исследование
А	1	2	3	4	5
1 = сумма строк с 1.1 по 1.3 (2 - 4 графы)	Компьютерная томография				
1.1	без контрастирования				
1.2	с внутривенным контрастированием				
1.3	иные				
2 = сумма строк с 2.1 по 2.3 (2 - 4 графы)	Магнитно-резонансные томографии				
2.1	без контрастирования				
2.2	с внутривенным контрастированием				
2.3	иные				
3 = сумма строк с 3.1 по 3.4 (2 - 4 графы)	Ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы				
3.1	эхокардиография				
3.2	допплерография сосудов				
3.3	дуплексное сканирование сосудов				
3.4	иные				
4 = сумма строк с 4.1 по 4.8 (2 - 4 графы)	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 = сумма строк с 5.1 по 5.11 (2 - 4 графы)	Молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний				
5.1	молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене BRAF				
5.2	молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене EGFR				
5.3	молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене KRAS				
5.4	молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене NRAS				
5.5	FISH HER2				
5.6	молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене BRCA 1/BRCA 2				
5.7	выполненные с применением метода секвенирования нового поколения NGS BRCA 1/BRCA 2				
5.8	определение микросателлитной нестабильности MSI				
5.9	молекулярно-генетическое исследование гена ALK методом флюоресцентной гибридизации in situ (FISH)				
5.10	определение амплификации гена ERBB2 (HER2/Neu) методом флюоресцентной гибридизации in situ (FISH)				
5.11	иные				
6	Патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии				
7	ПЭТ-КТ при онкологических заболеваниях				
8	ОФЭКТ/КТ				

Приложение 9

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ПОПРАВОЧНЫЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ
СТОИМОСТИ ОБРАЩЕНИЯ С УЧЕТОМ КРАТНОСТИ ПОСЕЩЕНИЙ ПО ПОВОДУ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ОСНОВНЫМ СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ

Специальности<**>	Среднее число посещений по поводу заболеваний в одном обращении	Поправочный коэффициент кратности посещений в одном обращении	Относительный коэффициент стоимости посещения с учетом специальности <*>	Поправочный коэффициент стоимости обращения (гр. 3 x гр. 4)
1	2	3	4	5
Кардиология и ревматология	3,1	1,07	0,974	1,04
Педиатрия	2,8	0,97	1,29	1,25
Терапия	2,7	0,95	0,8554	0,81
Эндокринология	2,5	0,86	1,7598	1,52
Аллергология	2,6	0,9	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	1,04	0,9113	0,94
Урология	2,6	0,9	0,7374	0,66
Акушерство-гинекология	3,8	1,3	1,1941	1,55
Оториноларингология	4,1	1,41	0,7102	1
Офтальмология	3,8	1,3	0,6088	0,79
Дерматология	4,2	1,44	0,7348	1,06
Венерология	2,7	0,93	0,8962	0,83
ИТОГО:	2,6	1	1	1

<*> Размер относительного коэффициента стоимости посещения по поводу заболевания применим и для посещения с профилактической целью

<**> Учитывается среднее время приема врача-гериатра в поликлинике 45 минут и поправочный коэффициент стоимости обращения (посещения) к врачу гериатру 1,04.

Приложение 10

Количество и финансовое обеспечение
фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов на 2025 год

Показатель	Фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий до 100 жителей	Фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 101 до 900 жителей		Фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 901 до 1500 жителей		Фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1501 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, тыс. руб. (всего)								

Приложение 11

Плановые и фактические объемы
оказания и финансирования медицинской помощи, оказанной
по профилю "Медицинская реабилитация"

(наименование субъекта Российской Федерации)

Вид медицинской помощи	Единица измерения	№ стр.	Объемы медицинской помощи и финансирования за счет:											
			План на 2025 год						Фактическое исполнение в 2024 году					
			Всего		в том числе по источникам				Всего		в том числе по источникам			
					Бюджетные		Средств ОМС				Бюджетные		Средств ОМС	
			объемы оказания	объемы финансирования	объемы оказания	объемы финансирования	объемы оказания	объемы финансирования	объемы оказания	объемы финансирования	объемы оказания	объемы финансирования	объемы оказания	объемы финансирования
1	2	3	4 = 6 + 8	5 = 7 + 9	6	7	8	9	10 = 12 + 14	11 = 13 + 14	12	13	14	15
Объемы оказания и финансирования медицинской помощи - всего (сумма строк 02 + 10)	рублей	1												
первичная медико-санитарная помощь всего (сумма строк 04 + 09), из них	рублей	2												
медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях, в том числе	комплексных посещений	3												
	рублей	4												
на дому	комплексных посещений	5												
	рублей	6												
медицинская помощь в условиях дневного стационара	пациенто-дней	7												
	случаев лечения	8												
	рублей	9												
специализированная медицинская помощь, всего (сумма строк 13 + 16), из них	рублей	10												
специализированная медицинская помощь, оказанная в стационарных условиях	койко-дней	11												
	случаев госпитализации	12												
	рублей	13												
медицинская помощь в условиях дневного стационара	пациенто-дней	14												
	случаев лечения	15												
	рублей	16												

Приложение 12

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ОБЪЕМЫ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ
УСЛОВИЯХ ПО ПРОФИЛЯМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Профиль медицинской помощи <**>	Рекомендуемое число случаев госпитализации на 1000 жителей /застрахованных в год	Используемая при расчете средняя длительность пребывания одного пациента в стационаре (дней)	Рекомендуемое число койко-дней (круглосуточного пребывания) на 1000 жителей/застрахованных		
			Всего	в том числе для	
				взрослых	детей
Акушерское дело	0,710	5,600	3,976	3,976	0,000
Акушерство и гинекология	26,500	6,600	174,900	174,090	0,810
Аллергология и иммунология	0,401	9,100	3,649	2,488	1,160
Гастроэнтерология	2,604	10,800	28,125	19,941	8,184
Гематология	1,542	13,000	20,050	11,609	8,441
Гериатрия	1,268	14,000	17,751	17,751	0,000
Дерматовенерология (дерматологические койки)	1,028	12,300	12,644	8,981	3,663
Инфекционные болезни	12,111	7,100	85,988	42,546	43,442
Кардиология	9,700	10,800	104,760	100,878	3,882
Колопроктология	1,220	9,900	12,074	9,961	2,113
Медицинская реабилитация	5,643	16,500	93,110	54,986	38,124
Неврология	12,200	12,100	147,620	130,941	16,679
Нейрохирургия	3,291	10,700	35,212	26,620	8,592
Неонатология	1,997	12,100	24,160	0,000	24,160
Нефрология	1,100	11,500	12,650	8,026	4,624
Онкология, радиология, радиотерапия	10,265	10,800	110,862	105,762	5,100
Оториноларингология	4,138	7,600	31,449	19,770	11,679
Офтальмология	5,515	6,000	33,088	25,147	7,941
Педиатрия	7,200	8,600	61,920	0,000	61,920
Пульмонология	3,725	11,300	42,090	34,682	7,408
Ревматология	1,328	13,100	17,393	12,645	4,748
Сердечно-сосудистая хирургия (кардиохирургические койки)	5,010	9,700	48,601	17,010	31,591
Сердечно-сосудистая хирургия (койки сосудистой хирургии)	2,454	10,300	25,276	24,492	0,784
Терапия <***>	19,866	10,100	200,645	198,237	2,408
Травматология и ортопедия	9,400	11,100	104,340	80,183	24,157
Урология (в т.ч. детская урология-андрология)	6,476	8,900	57,633	48,930	8,703
Хирургия (комбустиология)	0,354	13,500	4,772	3,322	1,451
Торакальная хирургия	0,601	13,300	7,996	6,517	1,479
Хирургия (в т.ч. абдоминальная хирургия, транс-плантация органов и (или) тканей, трансплантация костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, пластическая хирургия)	19,800	8,900	176,220	158,597	17,623
Челюстно-лицевая хирургия, стоматология	1,300	7,700	10,010	8,126	1,884
Эндокринология	3,397	11,600	39,405	20,414	18,991
Всего по базовой программе ОМС	**182,142**	**9,599**	**1 748,368**	**1 376,627**	**371,740**
Психиатрия	4,700	62,600	294,220	275,990	18,230
Психиатрия-наркология	4,400	11,100	48,840	47,860	0,980
Фтизиатрия	1,400	92,900	130,060	115,753	14,307
Дерматовенерология (венерологические койки)	0,500	14,000	7,000	6,069	0,931
Прочие профили <****>, незастрахованные лица	2,800	8,000	22,400	0,000	0,000
Всего за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации	**13,800**	**36,414**	**502,520**	**452,268**	**50,252**
Всего по специализированной медицинской помощи в стационарных условиях	**195,942**	**11,488**	**2 250,888**	**1 828,895**	**421,992**

<*> Включая объем специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по профилям "Скорая медицинская помощь", "Анестезиология и реаниматология".

<**> В соответствии с приказом Минздрава России от 17 мая 2012 г. N 555н "Об утверждении коечного фонда по профилям медицинской помощи".

<***> Включая объем специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по профилю "Токсикология".

<****> Объемы специализированной медицинской помощи, оказываемой пациентам с ВИЧ-инфекцией в стационарных условиях по поводу заболеваний и состояний, входящих в базовую программу ОМС, а также по поводу туберкулеза, психических и поведенческих расстройств, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ, венерических заболеваний, включаются и учитываются в объемах специализированной медицинской помощи на 1000 жителей по соответствующим профилям. Объемы специализированной медицинской помощи, оказываемой пациентам с ВИЧ-инфекцией и СПИДом в круглосуточном стационаре центров профилактики и борьбы со СПИДом и соответствующих отделений (койках) инфекционных больниц, включаются и учитываются в объемах специализированной медицинской помощи на 1000 жителей в строке "Прочие профили, незастрахованные лица".

Приложение 13

Планирование
объемов оказания медицинской помощи и их финансирования
в рамках территориальных программ ОМС на территории
страхования и за ее пределами на 2025 год

Вид, условия оказания медицинской помощи/профиль медицинской помощи <*>	№ строки	Рекомендуемое число случаев госпитализации (на 1000 жителей/за	Расчетные объемы медицинской помощи (число случаев в	Объемы оказания медицинской помощи																Финансовое обеспечение оказания медицинской помощи, тыс. руб.													
				Всего	в том числе детям	на территории страхования								за пределами территории страхования								Всего	в том числе детям	на территории страхования								за пределами территории страхования							
						всего				в том числе в ФГУ				всего				в том числе в ФГУ						всего				в том числе в ФГУ				всего				в том числе в ФГУ			
						всего	в том числе детям	в том числе ВМП	в том числе детям	всего	в том числе детям	в том числе ВМП	в том числе детям	всего	в том числе детям	в том числе ВМП	в том числе детям	всего	в том числе детям	в том числе ВМП	в том числе детям			всего	в том числе детям	в том числе ВМП	в том числе детям	всего	в том числе детям	в том числе ВМП	в том числе детям	всего	в том числе детям	в том числе ВМП	в том числе детям	всего	в том числе детям	в том числе ВМП	в том числе детям
А	Б	1	2	3	3.1	4	4.1	5	5.1	6	6.1	7	7.1	8	8.1	9	9.1	10	10.1	11	11.1	12	12.1	13	13.1	14	14.1	15	15.1	16	16.1	17	17.1	18	18.1	19	19.1	20	20.1
Всего, в том числе:	1 = 2 + 3 + 4 + 5	x	x																																				
скорая медицинская помощь	2	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
медицинская помощь в амбулаторных условиях (посещения/обращения)	3 = сумме строк с 3.1 по 3.31, за исключением 3.14.1, 3.30.1	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Акушерство и гинекология	3.1	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Аллергология и иммунология	3.2	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Гастроэнтерология	3.3	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Гематология	3.4	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Гериатрия	3.5	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Дерматовенерология (дерматологические койки)	3.6	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Инфекционные болезни	3.7	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Кардиология	3.8	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Колопроктология	3.9	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Медицинская реабилитация	3.10	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Неврология	3.11	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Нейрохирургия	3.12	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Неонатология	3.13	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Нефрология	3.14	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
оказание услуг диализа	3.14.1	x	x																																				
Онкология, радиология, радиотерапия	3.15	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Оториноларингология	3.16	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Офтальмология	3.17	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Педиатрия	3.18	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Пульмонология	3.19	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Ревматология	3.20	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Сердечно-сосудистая хирургия (кардиохирургические койки)	3.21	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Сердечно-сосудистая хирургия (койки сосудистой хирургии)	3.22	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Терапия <**>	3.23	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Торакальная хирургия	3.24	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Травматология и ортопедия	3.25	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Урология (в т.ч. детская урология-андрология)	3.26	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Хирургия (в т.ч. абдоминальная хирургия, трансплантация органов и (или) тканей, трансплантация костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, пластическая хирургия)	3.27	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Хирургия (комбустиология)	3.28	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Челюстно-лицевая хирургия, стоматология	3.29	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Эндокринология, в том числе:	3.30	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
в части ведения школ для больных сахарным диабетом	3.30.1	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Прочие	3.31																																						
медицинская помощь в условиях дневного стационара	4 = сумме строк с 4.1 по 4.31, за исключением 4.7.1, 4.14.1	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Акушерство и гинекология	4.1	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Аллергология и иммунология	4.2	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Гастроэнтерология	4.3	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Гематология	4.4	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Гериатрия	4.5	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Дерматовенерология (дерматологические койки)	4.6	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Инфекционные болезни, в том числе:	4.7	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
гепатит С	4.7.1	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Кардиология	4.8	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Колопроктология	4.9	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Медицинская реабилитация	4.10	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Неврология	4.11	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Нейрохирургия	4.12	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Неонатология	4.13	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Нефрология	4.14	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
оказание услуг диализа	4.14.1	x	x																																				
Онкология, радиология, радиотерапия	4.15	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Оториноларингология	4.16	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Офтальмология	4.17	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Педиатрия	4.18	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Пульмонология	4.19	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Ревматология	4.20	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Сердечно-сосудистая хирургия (кардиохирургические койки)	4.21	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Сердечно-сосудистая хирургия (койки сосудистой хирургии)	4.22	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Терапия <**>	4.23	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Торакальная хирургия	4.24	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Травматология и ортопедия	4.25	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Урология (в т.ч. детская урология-андрология)	4.26	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Хирургия (в т.ч. абдоминальная хирургия, трансплантация органов и (или) тканей, трансплантация костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, пластическая хирургия)	4.27	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Хирургия (комбустиология)	4.28	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Челюстно-лицевая хирургия, стоматология	4.29	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Эндокринология	4.30	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Прочие	4.31																																						
в условиях круглосуточного стационара	5 = сумме строк с 5.1 по 5.32, за исключением 5.8.1, 5.15.1	182,142																																					

Вид, условия оказания медицинской помощи/профиль медицинской помощи <*>	№ строки	Рекомендуемое число случаев госпитализации (на 1000 жителей/за	Расчетные объемы медицинской помощи (число случаев в	Объемы оказания медицинской помощи																Финансовое обеспечение оказания медицинской помощи, тыс. руб.															
				Всего	в том числе детям	на территории страхования								за пределами территории страхования								Всего	в том числе детям	на территории страхования								за пределами территории страхования			
						всего				в том числе в ФГУ				всего				в том числе в ФГУ						всего				в том числе в ФГУ				всего			
						всего	в том числе детям	в том числе ВМП	в том числе детям	всего	в том числе детям	в том числе ВМП	в том числе детям	всего	в том числе детям	в том числе ВМП	в том числе детям	всего	в том числе детям	в том числе ВМП	в том числе детям			всего	в том числе детям	в том числе ВМП	в том числе детям	всего	в том числе детям	в том числе ВМП	в том числе детям	всего	в том числе детям	в том числе ВМП	в том числе детям
Акушерское дело	5.1	0,710																																	
Акушерство и гинекология	5.2	26,500																																	
Аллергология и иммунология	5.3	0,401																																	
Гастроэнтерология	5.4	2,604																																	
Гематология	5.5	1,542																																	
Гериатрия	5.6	1,268																																	
Дерматовенерология (дерматологические койки)	5.7	1,028																																	
Инфекционные болезни, в том числе:	5.8	12,111																																	
гепатит С	5.8.1	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x
Кардиология	5.9	9,700																																	
Колопроктология	5.10	1,220																																	
Медицинская реабилитация	5.11	5,643																																	
Неврология	5.12	12,200																																	
Нейрохирургия	5.13	3,291																																	
Неонатология	5.14	1,997																																	
Нефрология	5.15	1,100																																	
оказание услуг диализа	5.15.1	x																																	
Онкология, радиология, радиотерапия	5.16	10,265																																	
Оториноларингология	5.17	4,138																																	
Офтальмология	5.18	5,515																																	
Педиатрия	5.19	7,200																																	
Пульмонология	5.20	3,725																																	
Ревматология	5.21	1,328																																	
Сердечно-сосудистая хирургия (кардиохирургические койки)	5.22	5,010																																	
Сердечно-сосудистая хирургия (койки сосудистой хирургии)	5.23	2,454																																	
Терапия <**>	5.24	19,866																																	
Торакальная хирургия	5.25	0,601																																	
Травматология и ортопедия	5.26	9,400																																	
Урология (в т.ч. детская урология-андрология)	5.27	6,476																																	
Хирургия (в т.ч. абдоминальная хирургия, трансплантация органов и (или) тканей, трансплантация костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, пластическая хирургия)	5.28	19,800																																	
Хирургия (комбустиология)	5.29	0,354																																	
Челюстно-лицевая хирургия, стоматология	5.30	1,300																																	
Эндокринология	5.31	3,397																																	
Прочие	5.32																																		

Справочно:

Предусмотрено законом о бюджете ТФОМС на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов (№ и дата НПА) средств на оказание медицинской помощи за пределами территории страхования, тыс. руб.	
Сумма принятых к оплате счетов за оказанную медицинскую помощь за пределами территории страхования в 2024 году, тыс. руб.	

<*> 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".

Приложение 14

МЕТОДИКА ПЛАНИРОВАНИЯ РЕСУРСОВ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ

1. Медицинская помощь в стационарных условиях

1.1. Определение абсолютного количества коек (К):

$$К = \frac{N_{К/Д} \times Н}{1000 \times Д}$$, 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 государственных гарантий как в целом, так и по профилям отделений больничных учреждений.

1.2. Определение фактической среднегодовой занятости койки (Д):

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

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

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

$F = \frac{365 - r}{T + t_o}$, где

Т - средние сроки лечения.

Пример: расчет необходимого числа коек терапевтического профиля.

Т = 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.

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

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

$К = \frac{353,32 \times 1\,000\,000}{1000 \times 332} = 1064$ койки терапевтического профиля.

2. Медицинская помощь в амбулаторных условиях

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

$В = \frac{П \times Н}{Ф}$, 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 ($К_в$).

$К_в = \frac{Р_ф}{Р_н}$, где:

$К_ф$ - фактическое число посещений;

$К_н$ - плановое, нормативное число посещений.

2. Для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, оценивается коэффициент эффективного использования коечного фонда ($К_э$) 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

$К_r = О_f \div О_n$, где:

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

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

$$К_r = \frac{О_f}{О_n} = \frac{U_f}{B_f} \div \frac{U_n}{B_n}$$

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

$К_s = \frac{U_s}{U_o}$, где:

$К_s$ - коэффициент целевого использования коечного фонда;

U_s - количество больных, госпитализированных при наличии обоснованных показаний для стационарного лечения, оценивается экспертами

иных больничных учреждений, страховых медицинских организаций и территориального фонда обязательного медицинского страхования;

U_o - общее количество госпитализированных больных.

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

$$К_Э = К_r \times К_s$$

Экономический ущерб определяется по формуле:

$$У = Ф \times (1 - К_{Э)}, \text{ где:}$$

У - экономический ущерб в рублях;

Ф - сумма финансовых средств, затрачиваемых на содержание всего коечного фонда;

$К_Э$ - коэффициент экономической эффективности использования коечного фонда.

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

3. Определение коэффициентов финансовых затрат поликлиники ($К_п$) и стационара ($К_с$).

Для этого сумма фактических расходов поликлиники ($Ф_п$) и стационара ($Ф_с$) сравнивается с утвержденными суммами расходов по поликлинике ($П_п$) и стационару ($П_с$)

$$К_п = \frac{Ф_п}{П_п} \; К_с = \frac{Ф_с}{П_с}$$

Эффективной следует считать деятельность поликлиники и стационара, если $К_п$ и $К_с$ ниже $К_в$ и $К_э$.

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

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

Экономический ущерб (У), сложившийся за счет простоя коек, за исключением простоя коек, связанного с проведением санитарно-эпидемиологических мероприятий, а также расходов, связанных с оплатой труда медицинских работников, в части финансовых средств, затрачиваемых на содержание коечного фонда за счет средств ОМС, возмещается за счет средств учредителя медицинской организации.

При этом, неэффективной считается деятельность стационара, при условии превышения используемых в Методике коэффициента финансовых

затрат стационара (Кс) над коэффициентом экономической эффективности использования коечного фонда ($К_Э$).

Для определения потребности в мощностях медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара и в стационарных условиях, рекомендуется проводить расчеты обеспеченности коечным фондом по каждому профилю медицинской помощи.

Расчет экономического ущерба должен производиться ежемесячно.

Рекомендованные число дней работы койки в году

Профили больничных коек	**Рекомендованные число дней работы койки в году**		
	Дети	**Взрослые**	**Все население**
1	2	3	4
Кардиологические, в т.ч.	337	336	336
кардиологические	337	336	336
кардиоревматологические для детей	337		337
Ревматологические	334	338	337
Гастроэнтерологические	335	335	335
Пульмонологические	333	335	335
Эндокринологические	332	337	336
Нефрологические	338	329	331
Гематологические	338	338	338
Аллергологические	337	335	335
Педиатрические	326	326	326
Терапевтические, в т.ч.	329	332	332
терапевтические	329	332	332
геронтологические		329	329
профпатологии		332	332
Патология недоношенных и новорожденных	337		337

Травматологические	324	333	332
Ортопедические	340	339	339
Урологические	325	329	328
Нейрохирургические	326	332	331
Ожоговые	337	337	337
Стоматологические	318	326	325
Торакальной хирургии	331	340	338
Проктологические	334	335	335
Кардиохирургические	335	335	335
Сосудистой хирургии	335	335	335
Хирургические, в т.ч. гнойной хирургии	305	329	325
Онкологические, в т.ч.	333	337	336
онкологические	333	337	336
радиологические и рентгенологические	333	337	336
Гинекологические	317	318	318
Оториноларингологические	317	324	322
Офтальмологические	324	327	327
Неврологические	335	336	336
Дерматовенерологические, в т.ч.			
дерматологические	334	334	334
венерологические	339	339	339
Инфекционные	262	285	281
Для беременных и рожениц	252	252	252
Патологии беременности	325	325	325
Для производства абортов	283	283	283
Психиатрические	345	348	348

Наркологические	337	338	338
Туберкулезные	341	338	338
Прочие, в т.ч.	320	320	320
восстановительного лечения			327
сестринского ухода и хоспис	350	350	350
прочие (реанимация и интенсивная терапия, токсикология, общие, прочие для взрослых)			320

При отсутствии данных о нормативах деятельности стационара принимаются значения среднегодовой занятости койки - 340 дней.».

Приложение 16

Планируемое распределение
числа посещений при оказании медицинской помощи
в амбулаторных условиях на 2025 год

Наименование показателя	№ строки	посещений за счет					
		консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации			средств ОМС		
		Количество посещений/комплексных посещений	кратность разовых посещений в одном комплексном посещении	Итого посещений (произв. графы 3 и графы 4)	Количество посещений/комплексных посещений	кратность разовых посещений в одном комплексном посещении	Итого посещений (произв. графы 6 и графы 7)
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*
Посещений - всего (сумма строк 02, 18, 20, 30, 31)	1						
из них:	2						
Посещения с профилактической и иными целями (сумма строк 03 + 05 + 8)							
в том числе:	3						
комплексные посещения для проведения профилактических медицинских осмотров <*> (включая 1-е посещение для проведения диспансерного наблюдения) (из строки 02)							
1-е посещение для проведения диспансерного наблюдения (из строки 03)	4		x			x	
комплексные посещения для проведения диспансеризации*	5						
комплексные посещения для проведения 1-го этапа диспансеризации (из строки 05), в том числе	6						
для проведения углубленной диспансеризации (из строки 06)	7						
посещения с иными целями, всего	8						
посещения для паллиативной медицинской помощи (сумма строк 10 и 11)	9						
посещения по паллиативной медицинской помощи без учета посещений на дому выездными патронажными бригадами	10						
посещений на дому выездными патронажными бригадами	11						
разовые посещения в связи с заболеваниями (из строки 8)	12		x			x	
посещения на дому (из строки 12)	13		x			x	
посещения центров здоровья (из строки 8)	14		x			x	
посещения медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием (из строки 8)	15		x			x	
посещение центров амбулаторной онкологической помощи (из строки 8)	16		x			x	
посещение с другими целями (патронаж, выдача справок и иных медицинских документов и другое) (из строки 8)	17		x			x	
Посещения при оказании медицинской помощи в неотложной форме, всего, из них:	18		x			x	
посещения на дому	19		x			x	
Посещения, включенные в обращение в связи с заболеваниями <*>, всего	20						
компьютерная томография	21		x			x	
магнитно-резонансная томография	22		x			x	
ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы	23		x			x	
эндоскопические диагностические исследования	24		x			x	
молекулярно-генетические исследования	25		x			x	
патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала	26		x			x	
ПЭТ-КТ	27						
ОФЭКТ/КТ	28						
2-ой этап диспансеризации (из строки 20)	29						
углубленная диспансеризация (из строки 28)	30						
Комплексные посещения для проведения диспансерного наблюдения** (за исключением 1-го посещения)	31						
Комплексные посещения по профилю "Медицинская реабилитация"	32						
школа для больных с хроническими заболеваниями	33						
посещения с профилактическими целями центров здоровья	34						

<*> Плановое количество разовых посещений на 2025 год с учетом фактически сложившейся за предыдущий период кратности посещений (2022-2024гг.).

<**> По графам 3 и 6 субъекты предоставляют сведения о числе посещений/комплексных посещениях исходя из числа лиц, состоящих на диспансерном наблюдении с онкологическими заболеваниями, болезнями системы кровообращения, сахарным диабетом, которое взято за основу расчета территориального норматива объема диспансерного наблюдения в регионе на 2024 год, в соответствии с приказом Минздрава России от 15 марта 2022 г. № 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми", в зависимости от нозологии.

Количество посещений по строке 01 графы 5 и графы 8 Приложения 16 должно соответствовать строке "итого" Приложения 17.

Приложение 17

Количество
посещений при оказании медицинской помощи в амбулаторных
условиях на 2025 год

Специальности	№ строки	за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации*							за счет средств обязательного медицинского страхования						
		абсолютное кол-во посещений	врачи			средний мед. персонал			абсолютное кол-во посещений	врачи			средний мед. персонал		
			штатные должности	занятые должности	физические лица	штатные должности	занятые должности	физические лица		штатные должности	занятые должности	физические лица	штатные должности	занятые должности	физические лица
А	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Кардиология и ревматология	1														
Педиатрия	2														
Терапия	3														
Эндокринология	4														
Аллергология и иммунология	5														
Неврология	6														
Инфекционные болезни	7														
Хирургия	8														
Урология	9														
Стоматология	10														
Акушерство и гинекология	11														
Онкология	12														
Оториноларингология	13														
Офтальмология	14														
Дерматология	15														
Медицинская реабилитация	16														
Гериатрия	17														
Прочие специальности	18														
Посещения центров здоровья	19														
Посещения к среднему медицинскому персоналу	20														
Итого по базовой программе ОМС	21														
Психиатрия	22														
Наркология	23														
Фтизиатрия	24														
Венерология	25														
Паллативная медицинская помощь	26														
Прочие*	27														
Итого за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации	28														
Всего:	29														

Количество посещений по строке 29 графы 2 и графы 9 Приложения 17 должно соответствовать количеству посещений в строке "01" Приложения 16.

<*> Количество посещений пациентам с ВИЧ-инфекцией и СПИДом при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях по поводу заболеваний и состояний, входящих в базовую программу ОМС, а также по поводу туберкулеза, психических и поведенческих расстройств, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ, венерических заболеваний, включаются и учитываются в объемах амбулаторной медицинской помощи по соответствующим профилям. Объемы первичной специализированной медицинской помощи, оказываемой пациентам с ВИЧ-инфекцией и СПИДом в амбулаторных условиях центров профилактики и борьбы со СПИДом и соответствующих кабинетов консультативных отделений инфекционных больниц, включаются и учитываются в объемах посещений в строке 27 "Прочие".