



**ПЕРВЫЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬ
МИНИСТРА**

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

13.01.2022 № 11-7/И/2-275

На № _____ от _____

Руководителям
органов государственной ^{Вн-2229304} власти
субъектов Российской Федерации в
сфере охраны здоровья

Директорам
территориальных фондов
обязательного медицинского
страхования

О формировании и экономическом обосновании
территориальных программ государственных
гарантий бесплатного оказания гражданам
медицинской помощи на 2022-2024 годы

Во исполнение пункта 26 постановления Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2021 г. № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» Министерство здравоохранения Российской Федерации совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования направляет разъяснения по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов, включая подходы к определению дифференцированных нормативов объема медицинской помощи.

Приложение: на 70 л. в 1 экз.

Подлинник электронного документа, подписанного ЭП,
хранится в системе электронного документооборота
Министерства Здравоохранения
Российской Федерации.

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат: 01D7F0C1A779A300000000CF00060002
Кому выдан: Зеленский Владимир Анатольевич
Действителен: с 14.12.2021 до 14.12.2022

В.А. Зеленский

Шеенко Ольга Николаевна (495) 627-24-00 (доб. 1171)
Панкратьева Нина Александровна (495) 627-24-00 (доб. 1172)
Скупова Елена Васильевна (495) 870-96-80 (доб. 1155)

**О формировании и экономическом обосновании
территориальной программы государственных гарантий
бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов**

1. Органы государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2021 г. № 2505 (далее – Программа), разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – территориальная программа государственных гарантий), включающие в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования.

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

Территориальные нормативы объема и финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и средств обязательного медицинского страхования, формируются в соответствии с Программой на основании средних нормативов объема медицинской помощи и средних нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой, с учетом особенностей половозрастного состава, уровня и структуры заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики, климатических и географических особенностей региона, транспортной доступности медицинских организаций и плотности населения на территории субъекта Российской Федерации и указываются в табличной форме в приложении к территориальной программе государственных гарантий, а также могут быть указаны в ее текстовой части.

В целях обеспечения преемственности, доступности и качества медицинской помощи, а также эффективной реализации территориальных программ субъектами Российской Федерации формируется и развивается трехуровневая система медицинских организаций. Рекомендуется осуществлять распределение медицинских организаций, участвующих в реализации

территориальной программы государственных гарантий, по уровням, установленным Минздравом России.

Разъяснения по оплате медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, в том числе применение коэффициента уровня оказания медицинской помощи, представленные в Методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования на 2022 год (далее – Методические рекомендации).

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.

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

Медицинская организация, подведомственная федеральному органу исполнительной власти, включается в приложение 3 к настоящим разъяснениям при оказании:

первичной медико-санитарной помощи;

скорой медицинской помощи;

скорой специализированной медицинской помощи (в случае установления в территориальной программе обязательного медицинского страхования дополнительно такого вида оказания медицинской помощи, не установленного базовой программой обязательного медицинского страхования (далее – базовая программа), за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации, передаваемых в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования);

специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи (в случае распределения ей объемов предоставления медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования).

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

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

При проведении обязательных диагностических исследований учитываются результаты таких исследований, проведенных застрахованным лицам, в том числе в рамках диспансеризации и профилактических медицинских осмотров.

За счет средств обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение медицинской помощи в случае выявления заболевания, включенного в базовую программу, в рамках проведения обязательных диагностических исследований при постановке граждан на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные профессиональные организации или военные образовательные организации высшего образования, заключении с Министерством обороны Российской Федерации договора об обучении в военном учебном центре при федеральной государственной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки или в военной образовательной организации

высшего образования по программе военной подготовки сержантов, старшин запаса, либо программе военной подготовки солдат, матросов запаса, призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу.

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

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

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

Территориальная программа государственных гарантий 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 обязательного медицинского страхования 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 застрахованным лицам, проживающим в малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктах, а также в сельской местности.

В целях реализации федеральных проектов «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» и «Борьба с онкологическими

заболеваниями» национального проекта «Здравоохранение», а также федеральных проектов «Старшее поколение» и «Финансовая поддержка семей при рождении детей» национального проекта «Демография» утвержденные территориальной программой государственных гарантий объемы медицинской помощи должны обеспечивать достижение соответствующих целевых показателей региональных проектов.

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

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

При формировании средних нормативов объема медицинской помощи по видам и условиям ее оказания не учитываются нормативы объема специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных и круглосуточных стационаров, установленные Программой для медицинских организаций, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляет Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти (далее – федеральная медицинская организация) в рамках базовой программы.

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

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

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 2021 г. в структуре населения Российской Федерации женщины составляют 53,6 %, мужчины – 46,4 %, дети (в возрасте от нуля до семнадцати лет включительно) – 20,8 %, взрослые (в возрасте 18 лет и старше) – 79,2 %, лица в возрасте 65 лет и старше – 15,8 %.

В случае, когда половозрастная структура населения (застрахованных лиц) в субъекте Российской Федерации аналогична среднероссийской, при формировании территориальной программы государственных гарантий 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, особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности медицинских организаций, 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 государственных гарантий могут устанавливаться объемы медицинской помощи с учетом использования санитарной авиации и передвижных форм оказания медицинской помощи.

Нормативы объема медицинской помощи по видам и условиям ее оказания устанавливаются территориальной программой государственных гарантий отдельно по источникам финансового обеспечения: за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и за счет средств обязательного медицинского страхования (в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования).

Для обоснования нормативов объема предоставления медицинской помощи на одно застрахованное лицо по видам и условиям ее оказания

в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования определяется потребность застрахованных лиц в объемах медицинской помощи, предоставляемых как в субъекте Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования (далее – территория страхования), так и за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования (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 обязательного медицинского страхования, оказываемой в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования 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 обязательного медицинского страхования, оказываемой медицинскими организациями, не включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории страхования, в разрезе профилей (специальностей) медицинской помощи по видам и условиям ее оказания;

оценивается потребность застрахованных лиц в получении бесплатной медицинской помощи в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, в объеме, превышающем нормативы базовой программы.

При формировании территориальной программы обязательного медицинского страхования субъект Российской Федерации учитывает объем специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров, оказываемой федеральными медицинскими организациями.

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 обязательного медицинского страхования

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 государственных гарантий.

Высший исполнительный орган государственной власти субъекта Российской Федерации при направлении территориальных программ государственных гарантий, в том числе территориальных программ обязательного медицинского страхования, для проведения мониторинга формирования, экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий, осуществляемого в соответствии приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 июня 2015 г. № 370н, представляет пояснительную записку и обоснование отклонений территориальных нормативов объемов медицинской помощи на одно застрахованное лицо и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи от нормативов, установленных базовой программой, с отражением расчетов потребности 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, с учетом более низкого, по сравнению со среднероссийским, уровня заболеваемости и смертности населения от социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности медицинских организаций, а также климатогеографических особенностей регионов могут применяться понижающие коэффициенты к средним нормативам объема медицинской помощи, установленным Программой, для:

Белгородской области, Брянской области, Владимирской области, Костромской области, Курской области, Липецкой области, Московской области, Орловской области, Рязанской области, Тамбовской области, Республики Карелия, Республики Коми, Вологодской области, Ленинградской области, Мурманской области, Республики Адыгея, Республики Калмыкия, Краснодарского края, г. Севастополя, Республики Дагестан, Республики Ингушетия, Карачаево-Черкесской Республики, Чеченской Республики, Ставропольского края, Республики Марий Эл, Республики Мордовия, Чувашской Республики, Кировской области, Нижегородской области, Пензенской области, Самарской области, Ханты-Мансийского автономного округа - Югры – в размере 0,7;

Калужской области, Тверской области, Тульской области, г. Москвы, Архангельской области, Ненецкого автономного округа, Астраханской области, Ростовской области, Республики Северная Осетия-Алания, Республики Татарстан, Ульяновской области, Тюменской области – в размере 0,8;

Ивановской области, Ярославской области, Калининградской области, Новгородской области, г. Санкт-Петербурга, Республики Башкортостан,

Удмуртской Республики, Ямало-Ненецкого автономного округа, Республики Бурятия – в размере 0,9.

Рекомендуемые для установления в территориальных программах государственных гарантий дифференцированные нормативы объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, на 2022 год с учетом вышеуказанных коэффициентов дифференциации объема медицинской помощи представлены в приложении 4 к настоящим разъяснениям.

В части медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, субъекту Российской Федерации рекомендуется устанавливать дифференцированные нормативы объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо по видам, формам и условиям оказания медицинской помощи с учетом указанных факторов (на основе распределения объема медицинской помощи для медицинских организаций первого, второго и третьего уровней системы организации медицинской помощи в субъекте Российской Федерации, с учетом объема медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации) в рамках подушевого норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Дифференцированные нормативы объема медицинской помощи устанавливаются для каждого этапа (уровня) оказания медицинской помощи в расчете на одного жителя / одно застрахованное лицо субъекта Российской Федерации на основе распределения объема медицинской помощи для медицинских организаций первого, второго и третьего уровней системы организации медицинской помощи в субъекте Российской Федерации, а также с учетом объема медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации.

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

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 обязательного медицинского страхования.

Территориальные фонды обязательного медицинского страхования представляют информацию о размере финансового обеспечения медицинской помощи, планируемой к оказанию застрахованным лицам вне территории страхования, в соответствии с приложением 12 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 государственных гарантий 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 расходов на другие статьи расходов.

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

Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы устанавливаются с учетом коэффициента дифференциации, рассчитанного в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – коэффициент дифференциации).

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

ассигнований соответствующих бюджетов и средств обязательного медицинского страхования.

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

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

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

В целях организации обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации подушевой норматив финансирования территориальной программы государственных гарантий за счет средств обязательного медицинского страхования включает расходы на организацию осуществления полномочий Российской Федерации, переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации (средства на административно-управленческие расходы системы обязательного медицинского страхования), которые планируются как сумма расходов на ведение дела страховых медицинских организаций (в соответствии с установленным в бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов нормативом в размере не менее 0,8 процента и не более 1,1 процента от суммы средств, поступивших в страховую медицинскую организацию по дифференцированным подушевым нормативам) и расходов на обеспечение выполнения территориальным фондом обязательного медицинского страхования своих функций, установленных законом о бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования.

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.

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

При формировании и определении стоимости территориальной программы государственных гарантий на 2022 год за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, а также стоимости территориальной программы обязательного медицинского страхования за счет средств обязательного медицинского страхования учитывается соответственно численность населения субъекта Российской Федерации по прогнозу Росстата на 1 января 2022 года и численность застрахованных лиц по данным единого регистра застрахованных лиц на 1 января 2021 года.

Размер бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов на реализацию территориальной программы государственных гарантий на 2022 год определяется исходя из величины подушевого норматива финансирования за счет средств соответствующих бюджетов, установленного территориальной программой государственных гарантий, и численности населения субъекта Российской Федерации.

В случае утверждения территориальной программы государственных гарантий с дефицитом ее финансового обеспечения за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов на 2022 год необходимо в срок до 1 февраля 2022 г. представить в Минздрав России:

- информацию о размере:

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

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

- график ликвидации указанного дефицита.

Для определения стоимости территориальной программы обязательного медицинского страхования в части базовой программы обязательного медицинского страхования необходимо величину среднего подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного Программой на 2022 год (14 173,9 руб.) умножить

на коэффициент дифференциации и на численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации по состоянию на 1 января 2021 года.

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

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

Стоимость территориальной программы обязательного медицинского страхования не включает средства, возмещенные территориальному фонду обязательного медицинского страхования по месту оказания медицинской помощи за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным в иных субъектах Российской Федерации, средства на финансовое обеспечение мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования, а также средства на финансовое обеспечение мероприятий по ликвидации кадрового дефицита и на стимулирование медицинских работников за выявление в ходе проведения диспансеризации населения онкологических заболеваний.

В рамках подушевого норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования 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 государственных гарантий следует обеспечить учет и провести анализ соответствующих показателей по видам и условиям оказания медицинской помощи.

4.1 Первичная медико-санитарная помощь

В соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике,

лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения. Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

Программой предусмотрена приоритетность финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи.

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

- с профилактической и иными целями:

за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов –

территориальный норматив объема медицинской помощи с профилактической и иными целями, включающий нормативы объема для паллиативной медицинской помощи (норматив объема первичной медицинской помощи, в том числе доврачебной и врачебной, включающий в себя посещения по паллиативной медицинской помощи без учета посещений на дому патронажными бригадами и посещения на дому выездными патронажными бригадами);

за счет средств обязательного медицинского страхования 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;

территориальный норматив посещений с иными целями, включая проведение осмотра кожных покровов врачом-дерматологом (врачом-терапевтом в случае отсутствия в штате медицинской организации врача-дерматолога), а также исследование уровня гликированного гемоглобина в крови (в рамках проведения второго этапа диспансеризации);

- в связи с заболеваниями:

за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов –

территориальный норматив обращений в связи с заболеваниями;

за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы:

территориальный норматив обращений в связи с заболеваниями, включающий в себя:

территориальные нормативы в связи с проведением отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических

диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии); проведением тестирования застрахованных лиц в амбулаторных условиях с целью выявления новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

- в неотложной форме:

за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы – территориальный норматив посещений в неотложной форме.

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

Территориальный норматив комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров за счет средств обязательного медицинского страхования устанавливается с учетом показателя федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» по субъекту Российской Федерации (за исключением предварительных и периодических медицинских осмотров работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда).

Обоснование территориальных нормативов объема комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации на 2022 год приводится в таблице согласно приложению 5 к настоящим разъяснениям и представляется в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.

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

Территориальные нормативы комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации 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);

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

На 2022 год в Программе предусмотрено финансовое обеспечение проведение углубленной диспансеризации застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19).

Порядок направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке (далее – углубленная диспансеризация), 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 объеме и стоимости профилактических мероприятий. Единицей измерения первого этапа углубленной диспансеризацией является комплексное посещение, включающее в себя перечень исследований в соответствии с приложением № 4 к Программе.

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

В рамках первичной медико-санитарной помощи предусмотрены объемы и финансовое обеспечение проведения медицинской реабилитации (третий этап), которые измеряются комплексными посещениями и включают набор необходимых консультаций специалистов, проведение методов реабилитации, определенных индивидуальными программами реабилитации.

Посещения с иными целями включают:

- посещения для проведения диспансерного наблюдения граждан, страдающих отдельными видами хронических инфекционных и неинфекционных и заболеваний, или имеющих высокий риск их развития, а также граждан, находящихся в восстановительном периоде после

перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений);

- посещения для проведения второго этапа диспансеризации, в том числе в целях исследования уровня гликированного гемоглобина в крови, посещения врача-дерматолога в целях осмотра кожных покровов (врача-терапевта в случае отсутствия в штате медицинской организации врача-дерматолога);

- разовые посещения в связи с заболеваниями;

- посещения центров здоровья;

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

- посещения центров амбулаторной онкологической помощи;

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

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

Объем медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической и иными целями, на 2022 год рекомендуется обосновать в разрезе видов посещений и включить обоснование в виде приложения к территориальной программе государственных гарантий в соответствии с формой, представленной в приложении 6 к настоящим разъяснениям.

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

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

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

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

Объем первичной медико-санитарной помощи, оказанной в центрах здоровья, в том числе являющихся структурными подразделениями врачебно-

физкультурных диспансеров, центров охраны здоровья семьи и репродукции, центров охраны репродуктивного здоровья подростков и центров медицинской профилактики, формируется на основе реестров счетов, заполненных в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (далее – МКБ-10) по классу XXI «Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения» (Z00- Z99).

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

Обращение по поводу заболевания – это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичных и повторных посещений), включающий лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона только при последнем посещении больного по данному поводу. На 2022 год средняя кратность посещений в связи с заболеванием в одном обращении составляет 2,9 посещения.

Субъекты Российской Федерации устанавливают территориальные нормативы объема и финансовых затрат на единицу объема в связи с проведением отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии) с учетом применения различных видов и методов исследований систем, органов и тканей человека в зависимости от заболеваемости населения, а также тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), в связи с чем эти нормативы могут быть обоснованно ниже или выше средних нормативов, установленных Программой, в пределах подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования на одно застрахованное лицо.

Средний норматив объема молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний (0,00092 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, NRAS, MSI, FISH ALK, FISH HER2, ПЦР BRCA 1/ BRCA 2, NGS BRCA 1/ BRCA 2, FISH (биопсийный с уточнением).

Средний норматив патолого-анатомических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (0,01321 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 уточнения диагноза заболевания (состояния) с учетом требований стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.

Все патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала осуществляются в целях выявления, подтверждения или уточнения онкологического заболевания.

Средний норматив финансовых затрат на одно молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний (8 174,2 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 хранения образца.

Средний норматив финансовых затрат на одно патолого-анатомическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (2 021,3 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, 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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) 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 обязательного медицинского страхования приводится в таблице согласно приложению 7 к настоящим разъяснениям и представляется в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии) 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 государственных гарантий, 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 2022 год на одно комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров (2 015,9 рубля), на одно комплексное посещение для проведения диспансеризации (2 492,5 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.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц в амбулаторных условиях включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, включая дистанционное наблюдение за показателями артериального давления у пациентов с артериальной гипертензией высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

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 обязательного медицинского страхования субъект Российской Федерации может устанавливать дифференцированные нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в амбулаторных условиях с учетом особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности медицинских организаций, уровня и структуры заболеваемости населения, а также климатических и географических особенностей регионов.

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

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

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

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

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 обязательного медицинского страхования, при возникновении поствакцинальных осложнений осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

В территориальной программе государственных гарантий устанавливается размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в зависимости от численности обслуживаемого ими населения: до 100 человек, от 100 человек до 899 человек, от 900 до 1 499 человек, от 1 500 человек до 1 999 человек и свыше 2 000 человек (информация согласно приложению 9 к настоящим разъяснениям представляется в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования).

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

4.1.2. Законодательством в сфере охраны здоровья установлено, что первичная медико-санитарная помощь и специализированная медицинская помощь оказываются в том числе в условиях дневного стационара. В то же время Программой установлены средние нормативы объема и финансовых затрат для медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара в целом, без указания вида медицинской помощи.

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 отдельный 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.

Субъект Российской Федерации вправе устанавливать в территориальной программе государственных гарантий 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.

Справочно: По данным форм федерального статистического наблюдения среднероссийский показатель объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в условиях дневного стационара за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, составил 28,7 % от показателя общего объема медицинской помощи в условиях дневного стационара, оказанной за счет указанного источника; при этом среднероссийский показатель стоимости единицы объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в условиях дневного стационара, был в 0,85 раза ниже средней стоимости единицы объема медицинской помощи, в целом оказанной в условиях дневного стационара за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

При установлении в территориальной программе государственных гарантий отдельных нормативов объема и финансовых затрат для первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в условиях дневного стационара за счет средств обязательного медицинского страхования, за основу предлагается взять соответствующие фактические показатели объема и стоимости указанной медицинской помощи в субъекте Российской Федерации по данным форм федерального статистического наблюдения за прошедшие 3 года.

Справочно: По данным форм федерального статистического наблюдения среднероссийский показатель объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в условиях дневного стационара за счет средств обязательного медицинского страхования, составил 55,4 % от показателя общего объема медицинской помощи в условиях дневного стационара, оказанной за счет указанного источника; при этом среднероссийский показатель стоимости единицы объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в условиях дневного стационара, был в 0,72 раза ниже средней стоимости единицы объема медицинской помощи, в целом оказанной в условиях дневного стационара за счет средств обязательного медицинского страхования.

Установленные в территориальной программе государственных гарантий отдельные нормативы объема и финансовых затрат для первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, указываются отдельно по источникам финансового обеспечения

в соответствующих строках раздела I. «Медицинская помощь, предоставляемая за счет консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации» и раздела III. «Медицинская помощь в рамках территориальной программы ОМС» таблицы, представленной в приложении 2 к настоящим разъяснениям.

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

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.

4.1.4. Финансовое обеспечение оказания первичной медико-санитарной помощи включает расходы на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях и расходы на оказание медицинской помощи в условиях дневного стационара, указанные расходы рассчитываются отдельно 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 и диспансеризации, посещений с иными целями; посещений в неотложной форме; обращений в связи с заболеваниями) как произведение соответствующего норматива объема на численность жителей/застрахованных лиц;

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

- суммирование расходов.

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

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

б) в условиях дневного стационара:

расчет расходов на оказание первичной медико-санитарной помощи определяется как произведение стоимости 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 государственных гарантий (в разрезе источников финансового обеспечения (бюджетные ассигнования соответствующих бюджетов и средства обязательного медицинского страхования) и в целом по территориальной программе государственных гарантий).

4.2 Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь

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

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

Рекомендуемые показатели числа случаев госпитализации, средней длительности пребывания одного пациента в медицинской организации в стационарных условиях (дней) и числа койко-дней (круглосуточного пребывания) на 1000 жителей/застрахованных по профилям медицинской помощи в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи» (зарегистрировано в Минюсте России 4 июня 2012 г. № 24440) (далее – приказ Минздравсоцразвития России № 555н) представлены в приложении 11 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 12 к настоящим разъяснениям.

Если половозрастная структура населения (застрахованных лиц) в субъекте Российской Федерации отличается от среднероссийской, в территориальной программе государственных гарантий необходимо скорректировать объем медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в разрезе отдельных профилей с помощью поправочных

коэффициентов, учитывающих, в том числе особенности возрастного состава населения субъекта Российской Федерации.

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

Например, если в структуре застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации дети составляют 19,5 % и взрослые 80,5 %, то поправочные коэффициенты составят: 0,9375 для детского ($19,5 / 20,8 = 0,9375$) и 1,0164 для взрослого населения ($80,5 / 79,2 = 1,0164$).

Справочно: в структуре застрахованных лиц в Российской Федерации дети составляют – 20,8 %, взрослые – 79,2 % (для обоснования территориальной программы обязательного медицинского страхования).

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	1,0164	0,9375	-
Скорректированное число койко-дней	102,532	3,64	106,17

Скорректированное число случаев госпитализации по профилю «кардиология» составляет: $106,17 / 10,8 = 9,83$ 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).

Нормативы 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).

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 государственных гарантий 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 (перепрофилизации и реструктуризации коечного фонда, оптимизации показателей работы койки и др.), а не за счет необоснованного сокращения коек, в том числе развернутых на базе сельских участковых больниц.

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

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

Субъект Российской Федерации в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья вправе устанавливать в территориальной программе государственных гарантий отдельные нормативы для специализированной медицинской помощи, оказываемой как в стационарных условиях, так и

в условиях дневного стационара отдельно по источникам финансового обеспечения.

В случае установления в территориальной программе государственных гарантий отдельных нормативов объема и финансовых затрат для специализированной медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, 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.

Справочно: По данным форм федерального статистического наблюдения среднероссийский показатель объема специализированной медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, составил 71,3 % от показателя общего объема медицинской помощи в условиях дневного стационара, оказанной за счет указанного источника; при этом среднероссийский показатель стоимости единицы объема специализированной медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, был в 1,06 раза выше средней стоимости единицы объема медицинской помощи, в целом оказанной в условиях дневного стационара за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

При установлении в территориальной программе государственных гарантий отдельных нормативов объема и финансовых затрат для специализированной медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара за счет средств обязательного медицинского страхования, за основу предлагается взять соответствующие фактические показатели объема и стоимости указанной медицинской помощи в субъекте Российской Федерации по данным форм федерального статистического наблюдения за прошедшие 3 года.

Справочно: По данным форм федерального статистического наблюдения среднероссийский показатель объема специализированной медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара за счет средств обязательного медицинского страхования, составил 44,6 % от показателя общего объема медицинской помощи в условиях дневного стационара, оказанной за счет указанного источника; при этом среднероссийский показатель стоимости единицы объема специализированной медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, был в 1,37 раза выше средней стоимости единицы объема медицинской помощи, в целом оказанной в условиях дневного стационара за счет средств обязательного медицинского страхования.

Установленные в территориальной программе государственных гарантий отдельные нормативы объема и финансовых затрат для специализированной медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, указываются отдельно по источникам финансового обеспечения в

соответствующих строках раздела I. «Медицинская помощь, предоставляемая за счет консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации» и раздела III. «Медицинская помощь в рамках территориальной программы ОМС» таблицы, представленной в приложении 2 к настоящим разъяснениям.

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

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

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

4.2.4. Финансовое обеспечение оказания специализированной медицинской помощи включает расходы на оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и расходы на оказание специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара, указанные расходы рассчитываются отдельно 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 государственных гарантий (в разрезе источников финансового обеспечения (бюджетные ассигнования соответствующих бюджетов и средства обязательного медицинского страхования) и в целом по территориальной программе государственных гарантий).

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

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

В территориальной программе государственных гарантий 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 высокотехнологичной медицинской помощи.

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.

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

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 14 января 2019 г. № 4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» (зарегистрировано в Минюсте России 26 марта 2019 г. № 54173).

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 осуществляется не за счет средств обязательного медицинского страхования.

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

Срок ожидания процедуры экстракорпорального оплодотворения не должен превышать 6 месяцев с момента оформления направления.

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

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

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

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

4.3 Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь

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

Территориальный норматив вызовов скорой медицинской помощи вне медицинской организации устанавливается с учетом транспортной доступности медицинских организаций, уровня развития транспортных путей постоянного действия, плотности населения в субъекте Российской Федерации, демографических особенностей населения региона и других факторов.

С учетом особенностей регионов рекомендуется использование территориальных дифференцированных нормативов объема скорой медицинской помощи (на одно застрахованное лицо в год) для Камчатского, Красноярского и Хабаровского краев, республик Коми, Тыва и Саха (Якутия), Мурманской, Томской и Тюменской областей, Ханты-Мансийского автономного округа в среднем 0,31 вызова, Новосибирской области и Еврейской автономной области – в среднем 0,32 вызова.

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

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

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

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

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

страхования, включая медицинскую эвакуацию, с учетом транспортной доступности медицинских организаций, плотности населения и нуждаемости населения в санитарно-авиационной эвакуации.

Санитарно-авиационная эвакуация, осуществляемая воздушными судами, как работа (услуга) по транспортировке и расходы на ее осуществление не включены в базовую программу и осуществляются за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации.

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

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

Объем скорой медицинской помощи, оказываемой станциями (подстанциями) скорой медицинской помощи, структурными подразделениями медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами), по базовой программе определяется исходя из среднего норматива объема скорой медицинской помощи, установленного Программой на 2022 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 обязательного медицинского страхования, по заболеваниям (состояниям), входящим в базовую программу), оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования и включается в объем посещений и/или случаев госпитализации по территориальной программе обязательного медицинского страхования.

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

Финансовое обеспечение оказания медицинской помощи в экстренной форме медицинскими работниками выездных бригад скорой медицинской помощи медицинской организации, в том числе в транспортном средстве,

при заболеваниях, включенных в базовую программу, осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

Оказание застрахованным лицам скорой медицинской помощи медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения финансируется за счет средств обязательного медицинского страхования при условии их включения в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации (далее – Комиссия).

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 отдельно по источникам финансового обеспечения территориальной программы государственных гарантий в соответствии со следующим алгоритмом.

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

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

Финансовое обеспечение скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи включает расходы на оказание указанной помощи вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях.

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 государственных гарантий в разрезе источников финансового обеспечения (бюджетные ассигнования соответствующих бюджетов и средства обязательного медицинского страхования) и в целом по территориальной программе государственных гарантий.

4.4 Паллиативная медицинская помощь

В соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья паллиативная медицинская помощь оказывается в амбулаторных условиях,

в том числе на дому, и в условиях дневного стационара, стационарных условиях.

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

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

Территориальной программой государственных гарантий 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.

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

Рекомендуется предусмотреть средние 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 средние 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 государственных гарантий могут быть установлены территориальные нормативы объема и финансового обеспечения паллиативной медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.

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

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

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

а) в амбулаторных условиях:

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

- расчет планируемого (абсолютного) числа посещений для паллиативной медицинской помощи на дому выездными патронажными бригадами посещений как произведение соответствующего норматива объема на численность жителей;

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

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

- суммирование расходов.

б) в стационарных условиях:

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

- расчет расходов для выполнения планируемых объемов паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях как произведение размера финансовых затрат на 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 государственных гарантий.

5. 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 обязательного медицинского страхования гражданам при заболеваниях и состояниях, входящих в базовую программу, медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, включенными в перечень медицинских организаций,

участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий;

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 заболеваниях, не включенных в базовую программу (заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ);

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

в) оказание медицинской помощи и предоставление иных государственных и муниципальных услуг (работ), в соответствии с разделом V Программы, в лепрозориях и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, центрах профилактики и борьбы со СПИДом, врачебно-физкультурных диспансерах, центрах охраны здоровья семьи и репродукции, медико-генетических центрах (консультациях), центрах охраны репродуктивного здоровья подростков, центрах медицинской профилактики (за исключением первичной медико-санитарной помощи, включенной в базовую программу), центрах профессиональной патологии и в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомических бюро и патологоанатомических отделениях медицинских организаций (за исключением диагностических исследований, проводимых по заболеваниям, указанным в разделе III Программы, и осуществляемых за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы), медицинских информационно-аналитических центрах, бюро медицинской статистики, в центрах крови, на станциях переливания крови, в домах ребенка, включая специализированные, молочных кухнях и в прочих медицинских организациях, входящих в номенклатуру медицинских организаций, утверждаемую Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также в случае применения телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи;

г) обеспечение туберкулином в целях проведения туберкулинодиагностики;

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

е) проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка у беременных женщин, неонатального скрининга

на 5 наследственных и врожденных заболеваний в части исследований и консультаций, осуществляемых медико-генетическими центрами (консультациями), а также медико-генетических исследований в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций;

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

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

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

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

6. Особенности формирования территориальной программы обязательного медицинского страхования

Территориальная программа обязательного медицинского страхования должна содержать следующие разделы:

1) виды, условия и формы оказания медицинской помощи, оказываемые за счет средств обязательного медицинского страхования, 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 обязательного медицинского страхования, 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 обязательному медицинскому страхованию, в разрезе условий оказания и видов медицинской помощи;

5) структуру тарифов на оплату медицинской помощи;

б) 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.

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

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

- расходы на оказание медицинской помощи в рамках базовой программы;

- расходы на ведение дела в сфере обязательного медицинского страхования;

- финансовое обеспечение мероприятий по диспансеризации определенных групп населения, диспансерному наблюдению,

профилактическим медицинским осмотрам в соответствии с порядками, установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации;

- расходы на финансовое обеспечение осуществления стимулирующих денежных выплат, в том числе:

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

медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушеркам (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 обязательного медицинского страхования, и соответствующие ему финансовые средства отражаются в приложении 2 к настоящим разъяснениям (раздел III).

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

Объемы предоставления медицинской помощи, установленные по территориальной программе обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, в котором застрахованным лицам выдан полис обязательного медицинского страхования, включают в себя объемы предоставления им медицинской помощи вне территории страхования этого субъекта Российской Федерации (информация согласно приложению 12 к настоящим разъяснениям представляется в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования).

Медицинские организации, подведомственные федеральным органам исполнительной власти, 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 государственных гарантий сроков ожидания медицинской помощи.

Органами государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и территориальными фондами обязательного медицинского страхования для подготовки проекта территориальной программы обязательного медицинского страхования в рамках деятельности

Комиссии осуществляется расчет территориальных нормативов объемов медицинской помощи и соответствующих финансовых 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 обязательного медицинского страхования) и страховых медицинских организаций (включенных в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования), медицинских профессиональных некоммерческих организаций, созданных в соответствии 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 обязательного медицинского страхования в другом субъекте Российской Федерации, и соответствующие им финансовые средства учитываются территориальным фондом обязательного медицинского страхования отдельно и используются при формировании нормированного страхового запаса.

Медицинским организациям, не имеющим застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, объемы медицинской помощи распределяются исходя из показателей объемов медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденных территориальной программой обязательного медицинского страхования, с учетом мощности медицинской организации, 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 обязательного медицинского страхования, а также не застрахованным в системе обязательного медицинского страхования, при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, входящих в базовую программу), не включаются

в стоимость территориальной программы обязательного медицинского страхования.

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

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

Обследование женщин в период беременности, предусмотренное Порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденным приказом Минздрава России № 1130н, в медицинских организациях, оказывающих первичную специализированную и специализированную медицинскую помощь женщинам в период беременности, осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

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

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

Плановые объемы оказания и финансирования медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» на 2022 год, фактические объемы и стоимость медицинской помощи, оказанной по профилю «медицинская реабилитация» по территориальной программе государственных гарантий в 2021 году, отражаются в разрезе источников финансирования в таблице согласно приложению 10 к настоящим разъяснениям.

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 государственных гарантий могут устанавливаться нормативы объема и нормативы финансовых затрат на единицу объема для медицинской реабилитации в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, что

также отражается в таблице согласно приложению 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.

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

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

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

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

Методика планирования ресурсов, необходимых для бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий, представлена в приложении 13 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 14 к настоящим разъяснениям.

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

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

9. Органы государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, территориальные фонды обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации, медицинские организации обязаны информировать граждан, в том числе с использованием «Памятки для граждан о гарантиях бесплатного оказания медицинской помощи», направленной руководителям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья письмом Минздрава России от 15 августа 2018 г. № 11-8/10/2-5437, о видах и объеме медицинской помощи, перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, отдельных медицинских технологиях, предоставляемых гражданам бесплатно в рамках территориальной программы государственных гарантий, а также об установленных территориальной программой государственных гарантий порядке, условиях предоставления медицинской помощи и критериях доступности и качества медицинской помощи.

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

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

на территории субъекта Российской Федерации, и территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Страховая медицинская организация осуществляет информационное сопровождение застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи и обеспечивает информирование застрахованных лиц, в том числе по обращениям, и путем организации работы с застрахованными лицами уполномоченных лиц страховой медицинской организации (страховых представителей), в том числе о выявленных нарушениях по результатам проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам (по обращениям застрахованных лиц).

10. Разграничение оказания бесплатной медицинской помощи гражданам и платных медицинских услуг (работ) осуществляется в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья и постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» и обеспечивается в том числе соблюдением установленных территориальной программой государственных гарантий сроков ожидания оказания медицинской помощи.

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

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

Приложение: на 23 л. в 1 экз.

**Стоимость
территориальной программы государственных гарантий
бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
по источникам финансового обеспечения на 2022 год
и на плановый период 2023 и 2024 годов**

Источники финансового обеспечения территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи	N строки	2022 год		плановый период			
		утвержденная стоимость территориальной программы		2023 год		2024 год	
		всего (тыс. руб.)	на 1 жителя (1 застрахованное лицо) в год (руб.)	всего (тыс. руб.)	на 1 жителя (1 застрахованное лицо) в год (руб.)	всего (тыс. руб.)	на 1 жителя (1 застрахованное лицо) в год (руб.)
1	2	3	4	5	6	7	8
Стоимость территориальной программы государственных гарантий всего (сумма строк 02 + 03), в том числе:	1						
I. Средства консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации <*>	2						
II. Стоимость территориальной программы ОМС всего <*> (сумма строк 04 + 08)	3						
1. Стоимость территориальной программы ОМС за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы <*> (сумма строк 05 + 06 + 07), в том числе:	4						
1.1. субвенции из бюджета ФОМС <*>	5						
1.2. - межбюджетные трансферты бюджетов субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования в случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой ОМС	6						
1.3. прочие поступления	7						
2. межбюджетные трансферты бюджетов субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, в дополнение к установленным базовой программой ОМС, из них:	8						
2.1. межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта Российской Федерации в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение дополнительных видов медицинской помощи	9						
2.2. межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта Российской Федерации в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования	10						

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

<*> без учета расходов на обеспечение выполнения территориальными фондами обязательного медицинского страхования своих функций, предусмотренных законом о бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования по разделу 01 "Общегосударственные вопросы", 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 обязательного медицинского страхования за счет средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Справочно	2022 год		2023 год		2024 год	
	всего (тыс. руб.)	на одно застрахованное лицо в год (руб.)	всего (тыс. руб.)	на одно застрахованное лицо в год (руб.)	всего (тыс. руб.)	на одно застрахованное лицо в год (руб.)
Расходы на обеспечение выполнения ТФОМС своих функций						

Утвержденная стоимость территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по условиям ее оказания на 2022 год

Виды и условия оказания медицинской помощи	№ строки	Единица измерения	Объем медицинской помощи в расчете на одного жителя (норматив объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо)	Стоимость единицы объема медицинской помощи (норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи)	Подушевые нормативы финансирования территориальной программы		Стоимость территориальной программы по источникам ее финансового обеспечения		
					руб.		тыс. руб.		в % к итогу
					за счет средств бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС	за счет средств бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I. Медицинская помощь, предоставляемая за счет консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации, в том числе <*>	01		X	X		X		X	
1. Скорая медицинская помощь, включая скорую специализированную медицинскую помощь, не входящая в территориальную программу ОМС <***>, в том числе:	02	вызов				X		X	X
не идентифицированным и не застрахованным в системе ОМС лицам	03	вызов				X		X	X
скорая медицинская помощь при санитарно-авиационной эвакуации	04	вызов							
2. Первичная медико-санитарная помощь, предоставляемая:	05		X	X	X	X	X	X	X
2.1 в амбулаторных условиях:	06		X	X	X	X	X	X	X
2.1.1 с профилактической и иными целями<***>, в том числе:	07	посещение				X		X	X
не идентифицированным и не застрахованным в системе ОМС лицам	07.1	посещение				X		X	X
2.1.2 в связи с заболеваниями-обращениями<****>, в том числе:	08	обращение				X		X	X
не идентифицированным и не застрахованным в системе ОМС лицам	08.1	обращение				X		X	X
2.2 в условиях дневных стационаров <*****>, в том числе:	09	случай лечения				X		X	X
не идентифицированным и не застрахованным в системе ОМС лицам	09.1	случай лечения				X		X	X
3. В условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь)<*****>, в том числе:	10	случай лечения				X		X	X
не идентифицированным и не застрахованным в системе ОМС лицам	10.1	случай лечения				X		X	X
4. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь	11					X		X	X
4.1 в условиях дневных стационаров <*****>, в том числе:	12	случай лечения				X		X	X
не идентифицированным и не застрахованным в системе ОМС лицам	12.1	случай лечения				X		X	X
4.2 в условиях круглосуточных стационаров, в том числе:	13	случай госпитализации				X		X	X
не идентифицированным и не застрахованным в системе ОМС лицам	13.1					X		X	X
5. Паллиативная медицинская помощь:	14		X	X	X	X	X	X	X
5.1. первичная медицинская помощь, в том числе доврачебная и врачебная<*****>, всего, в том числе:	15	посещение				X		X	X
посещение по паллиативной медицинской помощи без учета посещений на дому патронажными бригадами	15.1	посещение				X		X	X
посещения на дому выездными патронажными бригадами	15.2	посещение				X		X	X
5.2. оказываемая в стационарных условиях (включая койки паллиативной медицинской помощи и койки сестринского ухода)	16	койко-день				X		X	X
5.3 оказываемая в условиях дневного стационара	16.1	случай лечения				X		X	X
6. Иные государственные и муниципальные услуги (работы)	17	-	X	X		X		X	X
7. Высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в медицинских организациях субъекта РФ	18	-	X	X		X		X	X
II. Средства консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на приобретение медицинского оборудования для медицинских организаций, работающих в системе ОМС <*****>	19	-	X	X		X		X	
III. Медицинская помощь в рамках территориальной программы ОМС:	20		X	X	X		X		
1. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь (сумма строк 33 + 43 + 55)	21	вызов			X		X		X
2. Первичная медико-санитарная помощь	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 посещения с профилактическими и иными целями, всего (сумма строк 35.1 + 45.1 + 57.1), из них:	23.1	посещения / комплексные посещения			X		X		X
для проведения профилактических медицинских осмотров (сумма строк 35.1.1 + 45.1.1 + 57.1.1)	23.1.1	комплексное посещение			X		X		X
для проведения диспансеризации, всего (сумма строк 35.1.2 + 45.1.2 + 57.1.2), в том числе:	23.1.2	комплексное посещение			X		X		X
для проведения углубленной диспансеризации (сумма строк 35.1.2.1 + 45.1.2.1 + 57.1.2.1)	23.1.2.1	комплексное посещение			X		X		X
для посещений с иными целями (сумма строк 35.1.3 + 45.1.3 + 57.1.3)	23.1.3	посещения			X		X		X
2.1.2 в неотложной форме (сумма строк 35.2 + 45.2 + 57.2)	23.2	посещение			X		X		X
2.1.3 в связи с заболеваниями (обращениями), всего (сумма строк 35.3 + 45.3 + 57.3), из них проведение следующих отдельных диагностических (лабораторных) исследований в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования:	23.3	обращение			X		X		X

Виды и условия оказания медицинской помощи	№ строки	Единица измерения	Объем медицинской помощи в расчете на одного жителя (норматив объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо)	Стоимость единицы объема медицинской помощи (норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи)	Подушевые нормативы финансирования территориальной программы		Стоимость территориальной программы по источникам ее финансового обеспечения		
					руб.		тыс. руб.		в % к итогу
					за счет средств бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС	за счет средств бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
компьютерная томография (сумма строк 35.3.1 + 45.3.1 + 57.3.1)	23.3.1	исследования			X		X		X
магнитно-резонансная томография (сумма строк 35.3.2 + 45.3.2 + 57.3.2)	23.3.2	исследования			X		X		X
ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы (сумма строк 35.3.3 + 45.3.3 + 57.3.3)	23.3.3	исследования			X		X		X
эндоскопическое диагностическое исследование (сумма строк 35.3.4 + 45.3.4 + 57.3.4)	23.3.4	исследования			X		X		X
молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний (сумма строк 35.3.5 + 45.3.5 + 57.3.5)	23.3.5	исследования			X		X		X
патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (сумма строк 35.3.6 + 45.3.6 + 57.3.6)	23.3.6	исследования			X		X		X
тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (сумма строк 35.3.7 + 45.3.7 + 57.3.7)	23.3.7	исследования			X		X		X
2.1.4 Обращение по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» (сумма строк 35.4 + 45.4 + 57.4)	23.4	комплексное посещение			X		X		X
2.2 В условиях дневных стационаров (сумма строк 36+46+58), в том числе:	24	случай лечения			X		X		X
2.2.1 медицинская помощь по профилю «онкология» (сумму строк 36.1+46.1+58.1)	24.1	случай лечения			X		X		X
2.2.2 при экстракорпоральном оплодотворении (сумма строк 36.2+.46.2+58.2)	24.2	случай			X		X		X
3. В условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь) (сумма строк 24+27), в том числе:	25	случай лечения			X		X		X
3.1) для медицинской помощи по профилю «онкология», в том числе: (сумма строк 24.1+27.1)	25.1	случай лечения			X		X		X
3.2) для медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении: (сумма строк 24.2+27.2)	25.2	случай			X		X		X
4. Специализированная, включая высокотехнологичную, медицинская помощь, в том числе:	26	X	X	X	X	X	X	X	X
4.1 в условиях дневных стационаров (сумма строк 39+49+61), включая:	27	случай лечения			X		X		X
4.1.1 медицинскую помощь по профилю «онкология» (сумма строк 39.1+49.1+61.1):	27.1	случай лечения			X		X		X
4.1.2 медицинскую помощь при экстракорпоральном оплодотворении (сумма строк 39.2+49.2+61.2)	27.2	случай			X		X		X
4.2 в условиях круглосуточного стационара (сумма строк 40+50+62), в том числе:	28	случай госпитализации			X		X		X
4.2.1 медицинская помощь по профилю "онкология" (сумма строк 40.1 + 50.1 + 62.1)	28.1	случай госпитализации			X		X		X
4.2.2 медицинская реабилитация в специализированных медицинских организациях и реабилитационных отделениях медицинских организаций (сумма строк 40.2 +50.2 + 62.2)	28.2	случай госпитализации			X		X		X
4.2.3 высокотехнологичная медицинская помощь (сумма строк 40.3 + 50.3 +62.3)	28.3	случай госпитализации			X		X		X
5. паллиативная медицинская помощь <*****>	29	X			X		X		
5.1 первичная медицинская помощь, в том числе доврачебная и врачебная<*****>, всего (равно строке 51.1), в том числе:	29.1	посещений			X		X		X
5.1.1 посещение по паллиативной медицинской помощи без учета посещений на дому патронажными бригадами (равно строке 51.1.1)	29.1.1	посещений			X		X		X
5.1.2 посещения на дому выездными патронажными бригадами (равно строке 51.1.2)	29.1.2	посещений			X		X		X
5.2 оказываемая в стационарных условиях (включая койки паллиативной медицинской помощи и койки сестринского ухода) (равно строке 51.2)	29.2	койко-день			X		X		X
5.3 оказываемая в условиях дневного стационара (равно строке 51.3)	29.3	случай лечения			X		X		X
6. Расходы на ведение дела СМО (сумма строк 41 +52 + 63)	30	-	X	X	X		X		X
7. Иные расходы (равно строке 53)	31	-	X	X	X		X		X
из строки 20:									
1. Медицинская помощь, предоставляемая в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам	32		X	X	X		X		
1. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь	33	вызов			X		X		X
2. Первичная медико-санитарная помощь	34	X	X	X	X	X	X	X	X
2.1 В амбулаторных условиях:	35	X	X	X	X	X	X	X	X
2.1.1 посещения с профилактическими и иными целями, всего (сумма строк 35.1.1 + 35.1.2 + 35.1.3), из них:	35.1	посещения / комплексные посещения			X		X		X
для проведения профилактических медицинских осмотров	35.1.1	комплексное посещение			X		X		X
для проведения диспансеризации, всего, в том числе:	35.1.2	комплексное посещение			X		X		X
для проведения углубленной диспансеризации	35.1.2.1	комплексное посещение			X		X		X
для посещений с иными целями	35.1.3	посещения			X		X		X
2.1.2 в неотложной форме	35.2	посещение			X		X		X

Виды и условия оказания медицинской помощи	№ строки	Единица измерения	Объем медицинской помощи в расчете на одного жителя (норматив объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо)	Стоимость единицы объема медицинской помощи (норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи)	Подушевые нормативы финансирования территориальной программы		Стоимость территориальной программы по источникам ее финансового обеспечения		
					руб.		тыс. руб.		в % к итогу
					за счет средств бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС	за счет средств бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2.1.3 в связи с заболеваниями (обращений), всего, из них проведение следующих отдельных диагностических (лабораторных) исследований в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования:	35.3	обращение			X		X		X
компьютерная томография	35.3.1	исследования			X		X		X
магнитно-резонансная томография	35.3.2	исследования			X		X		X
ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы	35.3.3	исследования			X		X		X
эндоскопическое диагностическое исследование	35.3.4	исследования			X		X		X
молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний	35.3.5	исследования			X		X		X
патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии	35.3.6	исследования			X		X		X
тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)	35.3.7	исследования			X		X		X
2.1.4 обращение по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация»	35.4	комплексное посещение			X		X		X
2.2 В условиях дневных стационаров ***** (сумма строк 36.1+36.2), в том числе:	36	случай лечения			X		X		X
2.2.1 для медицинской помощи по профилю «онкология»	36.1	случай лечения			X		X		X
2.2.2 для медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении	36.2	случай			X		X		X
3. В условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь), в том числе:	37	случай лечения			X		X		X
3.1 для медицинской помощи по профилю «онкология»	37.1	случай лечения			X		X		X
3.2 для медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении:	37.2	случай			X		X		X
4. Специализированная, включая высокотехнологичную, медицинская помощь, в том числе:	38	X	X	X	X	X	X	X	X
4.1 в условиях дневных стационаров	39	случай лечения			X		X		X
4.1.1 для медицинской помощи по профилю «онкология»	39.1	случай лечения			X		X		X
4.1.2 для медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении	39.2	случай			X		X		X
4.2 в условиях круглосуточного стационара, в том числе:	40	случай госпитализации			X		X		X
4.2.1 для медицинской помощи по профилю "онкология"	40.1	случай госпитализации			X		X		X
4.2.2 для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях и реабилитационных отделениях медицинских организаций	40.2	случай госпитализации			X		X		X
4.2.3 высокотехнологичная медицинская помощь	40.3	случай госпитализации			X		X		X
5. Расходы на ведение дела СМО	41	-	X	X	X		X		X
2. Медицинская помощь по видам и заболеваниям, не установленным базовой программой:	42	-	X	X	X		X		
1. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь	43	вызов			X		X		X
2. Первичная медико-санитарная помощь	44	-	X	X	X	X	X	X	X
2.1 В амбулаторных условиях:	45	X	X	X	X	X	X	X	X
2.1.1 посещения с профилактическими и иными целями, всего, в том числе:	45.1	посещения / комплексные посещения			X		X		X
для проведения профилактических медицинских осмотров	45.1.1	комплексное посещение			X		X		X
для проведения диспансеризации, всего, в том числе:	45.1.2	комплексное посещение			X		X		X
для проведения углубленной диспансеризации	45.1.2.1	комплексное посещение			X		X		X
для посещений с иными целями	45.1.3	посещения			X		X		X
2.1.2 в неотложной форме	45.2	посещение			X		X		X
2.1.3 в связи с заболеваниями (обращений), всего, из них проведение следующих отдельных диагностических (лабораторных) исследований в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования:	45.3	обращение			X		X		X
компьютерная томография	45.3.1	исследования			X		X		X
магнитно-резонансная томография	45.3.2	исследования			X		X		X
ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы	45.3.3	исследования			X		X		X
эндоскопическое диагностическое исследование	45.3.4	исследования			X		X		X
молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний	45.3.5	исследования			X		X		X
патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии	45.3.6	исследования			X		X		X

Виды и условия оказания медицинской помощи	№ строки	Единица измерения	Объем медицинской помощи в расчете на одного жителя (норматив объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо)	Стоимость единицы объема медицинской помощи (норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи)	Подушевые нормативы финансирования территориальной программы		Стоимость территориальной программы по источникам ее финансового обеспечения		
					руб.		тыс. руб.		в % к итогу
					за счет средств бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС	за счет средств бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)	45.3.7	исследования			X		X		X
2.1.4 обращение по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация»	45.4	комплексное посещение			X		X		X
2.2 В условиях дневных стационаров ***** (сумма строк 46.1+46.2), в том числе:	46	случаев лечения			X		X		X
2.2.1 для медицинской помощи по профилю «онкология»	46.1	случай лечения			X		X		X
2.2.2 для медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении	46.2	случай			X		X		X
3. В условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь), в том числе:	47	случай лечения			X		X		X
3.1) для медицинской помощи по профилю «онкология»	47.1	случай лечения			X		X		X
3.2) для медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении:	47.2	случай			X		X		X
4. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь, включая междисциплинарную помощь:	48	X	X	X	X	X	X	X	X
4.1 в условиях дневных стационаров, в том числе:	49	случай лечения			X		X		X
4.1.1 для медицинской помощи по профилю «онкология»	49.1	случай лечения			X		X		X
4.1.2 для медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении	49.2	случай			X		X		X
4.2 в условиях круглосуточного стационара, в том числе:	50	случай госпитализации			X		X		X
4.2.1 для медицинской помощи по профилю "онкология"	50.1	случай госпитализации			X		X		X
4.2.2 для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях и реабилитационных отделениях медицинских организаций	50.2	случай госпитализации			X		X		X
4.2.3 высокотехнологичная медицинская помощь	50.3	случай госпитализации			X		X		X
5. паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях <*****>	51	X			X		X		
5.1 первичная медицинская помощь, в том числе доврачебная и врачебная<*****>, всего, включая:	51.1	посещений			X		X		X
5.1.1 посещения по паллиативной медицинской помощи без учета посещений на дому патронажными бригадами	51.1.1	посещений			X		X		X
5.1.2 посещения на дому выездными патронажными бригадами	51.1.2	посещений			X		X		X
5.2. оказываемая в стационарных условиях (включая койки паллиативной медицинской помощи и койки сестринского ухода)	51.2	койко-день			X		X		X
5.3 оказываемая в условиях дневного стационара	51.3	случай лечения			X		X		X
6. Расходы на ведение дела СМО	52	-	X	X	X		X		X
7. Иные расходы (равно строке)	53	-	X	X	X		X		X
3. Медицинская помощь по видам и заболеваниям, установленным базовой программой (дополнительное финансовое обеспечение):	54		X	X	X		X		
1. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь	55	вызов			X		X		X
2. Первичная медико-санитарная помощь	56	X	X	X	X	X	X	X	X
2.1 В амбулаторных условиях:	57	X	X	X	X	X	X	X	X
2.1.1 посещения с профилактическими и иными целями, из них:	57.1	посещения / комплексные посещения			X		X		X
для проведения профилактических медицинских осмотров	57.1.1	комплексное посещение			X		X		X
для проведения диспансеризации, всего, в том числе:	57.1.2	комплексное посещение			X		X		X
для проведения углубленной диспансеризации	57.1.2.1	комплексное посещение			X		X		X
для посещений с иными целями	57.1.3	посещения			X		X		X
2.1.2 в неотложной форме	57.2	посещение			X		X		X
2.1.3 в связи с заболеваниями (обращений), всего, из них проведение следующих отдельных диагностических (лабораторных) исследований в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования:	57.3	обращение			X		X		X
компьютерная томография	57.3.1	исследования			X		X		X
магнитно-резонансная томография	57.3.2	исследования			X		X		X
ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы	57.3.3	исследования			X		X		X
эндоскопическое диагностическое исследование	57.3.4	исследования			X		X		X
молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний	57.3.5	исследования			X		X		X
патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии	57.3.6	исследования			X		X		X

Виды и условия оказания медицинской помощи	N строки	Единица измерения	Объем медицинской помощи в расчете на одного жителя (норматив объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо)	Стоимость единицы объема медицинской помощи (норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи)	Подушевые нормативы финансирования территориальной программы		Стоимость территориальной программы по источникам ее финансового обеспечения		в % к итогу
					руб.		тыс. руб.		
					за счет средств бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС	за счет средств бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)	57.3.7	исследования			X		X		X
2.1.4 обращение по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация»	57.4	комплексное посещение			X		X		X
2.2 в условиях дневных стационаров***** (сумма строк 58.1+58.2)	58	случай лечения							
2.2.1 для медицинской помощи по профилю «онкология»	58.1	случай лечения			X		X		X
2.2.2 для медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении	58.2	случай			X		X		X
3. В условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь), в том числе:	59	случай лечения			X		X		X
3.1 для медицинской помощи по профилю «онкология»	59.1	случай лечения			X		X		X
3.2 при экстракорпоральном оплодотворении:	59.2	случай			X		X		X
4. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь, включая медицинскую помощь:	60	X	X	X	X	X	X	X	X
4.1 в условиях дневных стационаров, в том числе:	61	случай лечения			X		X		X
4.1.1 для медицинской помощи по профилю «онкология»	61.1	случай лечения			X		X		X
4.1.2 для медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении	61.2	случай			X		X		X
4.2 в условиях круглосуточного стационара, в том числе:	62	случай госпитализации			X		X		X
4.2.1 для медицинской помощи по профилю "онкология"	62.1	случай госпитализации			X		X		X
4.2.2 для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях и реабилитационных отделениях медицинских организаций	62.2	случай госпитализации			X		X		X
4.2.3 высокотехнологичная медицинская помощь	62.3	случай госпитализации			X		X		X
5. Расходы на ведение дела СМО	63	-	X	X	X		X		X
ИТОГО (сумма строк 01 + 19 + 20)	64	-	X	X					100

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

<***> Нормативы объема скорой медицинской помощи и нормативы финансовых затрат на 1 вызов скорой медицинской помощи устанавливаются субъектом Российской Федерации. Средний норматив финансовых затрат за счет средств соответствующих бюджетов на 1 случай оказания медицинской помощи аномедицинскими выездными бригадами скорой медицинской помощи при санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами, с учетом реальной потребности (за исключением расходов на авиационные работы) составляет на 2022 год 6841,3 рубля, 2023 год -7115,0 рублей, 2024 год -7399,6 рубля.

<****> 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 отдельные 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 2022-2024 годы, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2021 года № 2505.

<*****> Включены в норматив объема первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях

<*****> 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 платежами субъекта РФ

Рекомендуемые дифференцированные нормативы объема медицинской помощи, оказываемой за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации, на 2022 год

Субъект Российской Федерации	Коэффициент дифференциации объема медицинской помощи	Рекомендуемый территориальный норматив объема медицинской помощи, оказанной за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта РФ, с учетом коэффициента дифференциации объема медицинской помощи в расчете на 1-го жителя				
		посещений с профилактическими целями	обращений в связи с заболеваниями	случаев госпитализации в стационар	случаев лечения в дневном стационаре	койко-дней по паллиативной медицинской помощи
Центральный ФО						
Белгородская область	0,7	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Брянская область	0,7	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Владимирская область	0,7	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Воронежская область	1,1	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Ивановская область	0,9	0,66-0,73	0,13-0,144	0,0131-0,0146	0,0036-0,004	0,083-0,092
Калужская область	0,8	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
Костромская область	0,7	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Курская область	0,7	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Липецкая область	0,7	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Московская область	0,7	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Орловская область	0,7	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Рязанская область	0,7	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Смоленская область	1,0	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Тамбовская область	0,7	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Тверская область	0,8	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
Тульская область	0,8	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
Ярославская область	0,9	0,66-0,73	0,13-0,144	0,0131-0,0146	0,0036-0,004	0,083-0,092
г. Москва	0,8	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
Северо-Западный ФО						
Республика Карелия	0,7	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Республика Коми	0,7	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Архангельская область	0,8	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
Ненецкий АО	0,8	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
Вологодская область	0,7	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Калининградская область	0,9	0,66-0,73	0,130-0,144	0,0131-0,0146	0,0036-0,004	0,083-0,092
Ленинградская область	0,7	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Мурманская область	0,7	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Новгородская область	0,9	0,66-0,73	0,130-0,144	0,0131-0,0146	0,0036-0,004	0,083-0,092
Псковская область	1,0	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
г. Санкт-Петербург	0,9	0,66-0,73	0,130-0,144	0,0131-0,0146	0,0036-0,004	0,083-0,092
Южный ФО						
Республика Адыгея	0,7	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Республика Калмыкия	0,7	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Республика Крым	1,2	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Краснодарский край	0,7	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Астраханская область	0,8	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
Волгоградская область	1,0	0,730	0,144	0,015	0,004	0,092
Ростовская область	0,8	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
г. Севастополь	0,7	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Северо-Кавказский ФО						
Республика Дагестан	0,7	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Республика Ингушетия	0,7	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Кабардино-Балкарская Республика	1,3	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Карачаево-Черкесская Республика	0,7	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Республика Северная Осетия-Алания	0,8	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
Чеченская Республика	0,7	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Ставропольский край	0,7	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092

Субъект Российской Федерации	Коэффициент дифференциации объема медицинской помощи	Рекомендуемый территориальный норматив объема медицинской помощи, оказанной за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта РФ, с учетом коэффициента дифференциации объема медицинской помощи в расчете на 1-го жителя				
		посещений с профилактическими целями	обращений в связи с заболеваниями	случаев госпитализации в стационар	случаев лечения в дневном стационаре	койко-дней по паллиативной медицинской помощи
Приволжский ФО						
Республика Башкортостан	0,9	0,66-0,73	0,130-0,144	0,0131-0,0146	0,0036-0,004	0,083-0,092
Республика Марий Эл	0,7	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Республика Мордовия	0,7	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Республика Татарстан	0,8	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
Удмуртская Республика	0,9	0,66-0,73	0,130-0,144	0,0131-0,0146	0,0036-0,004	0,083-0,092
Чувашская Республика	0,7	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Пермский край	1,1	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Кировская область	0,7	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Нижегородская область	0,7	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Оренбургская область	1,2	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Пензенская область	0,7	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Самарская область	0,7	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Саратовская область	1,0	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Ульяновская область	0,8	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
Уральский ФО						
Курганская область	1,3	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Свердловская область	1,3	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Тюменская область	0,8	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
Ханты-Мансийский АО	0,7	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Ямало-Ненецкий АО	0,9	0,66-0,73	0,130-0,144	0,0131-0,0146	0,0036-0,004	0,083-0,092
Челябинская область	1,2	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Сибирский ФО						
Республика Алтай	1,2	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Республика Тыва	1,3	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Республика Хакасия	1,3	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Алтайский край	1,3	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Красноярский край	1,2	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Иркутская область	1,3	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Кемеровская область	1,3	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Новосибирская область	1,3	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Омская область	1,3	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Томская область	1,1	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Дальневосточный ФО						
Республика Бурятия	0,9	0,66-0,73	0,130-0,144	0,0131-0,0146	0,0036-0,004	0,083-0,092
Республика Саха (Якутия)	1,3	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Забайкальский край	1,3	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Камчатский край	1,2	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Приморский край	1,3	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Хабаровский край	1,3	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Амурская область	1,3	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Магаданская область	1,3	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Сахалинская область	1,3	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Еврейская автономная область	1,3	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Чукотский автономный округ	1,3	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*

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

**Объем
медицинской помощи по профилактическим медицинским осмотрам
и диспансеризации на 2022 год**

N строки	Возраст, лет/месяцев	Численность застрахованных лиц на 01.01.2021, человек			Прогнозный отклик на профилактический медицинский осмотр, %	Численность застрахованных лиц, подлежащих профилактическому медицинскому осмотру, человек		
		всего	мужчин	женщин		всего	мужчин	женщин
A	1	2	3	4	5	6	7	8
1	Всего (3 + 4) <*>							
2	Всего (без учета осмотров за счет средств работодателей и детей-сирот) (3 + 4.2)							
3	дети, всего в том числе (3.1 + 3.2): <***>							
3.1	дети-сироты старше 2 лет, подлежащие диспансеризации							
3.2	дети (без учета детей-сирот)							
4	взрослые, всего в том числе (4.1 + 4.2):							
4.1	за счет средств работодателей							
4.2	взрослые (без учета 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							

N строки	Возраст, лет/месяцев	Численность застрахованных лиц на 01.01.2021, 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
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							
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.

**Объем
медицинской помощи в амбулаторных условиях,
оказываемой с профилактической и иными целями,
на 1 жителя/застрахованное лицо на 2022 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), всего,		
	из них объем посещений медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием		
	в том числе:		
2	I. норматив комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров (включая 1-е посещение для проведения диспансерного наблюдения)		
3	II. норматив комплексных посещений для проведения диспансеризации, в том числе:		
3.1	для проведения углубленной диспансеризации		
4	III. норматив посещений с иными целями (сумма строк 5 + 6 + 7 + 10 + 11), в том числе		
5	объем посещений для проведения диспансерного наблюдения (за исключением 1-го посещения)		
6	объем посещений для проведения 2 этапа диспансеризации		
7	норматив посещений для паллиативной медицинской помощи (сумма строк 8 + 9), в том числе		
8	норматив посещений по паллиативной медицинской помощи без учета посещений на дому патронажными бригадами паллиативной медицинской помощи		
9	норматив посещений на дому выездными патронажными бригадами		
10	объем разовых посещений в связи с заболеванием		
11	объем посещений с другими целями (патронаж, выдача справок и иных медицинских документов и др.)		
	Справочно:		
	объем посещений центров здоровья		
	объем посещений центров амбулаторной онкологической помощи		

**Объем и финансовое обеспечение
отдельных диагностических и лабораторных исследований
на 2022 год**

N 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
A	1	2	3	4	5
1	Компьютерная томография				
1.1	без контрастирования				
1.2	с внутривенным контрастированием				
1.3	иные				
2	Магнитно-резонансные томографии				
2.1	без контрастирования				
2.2	с внутривенным контрастированием				
2.3	иные				
3	Ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы				
3.1	эхокардиография				
3.2	доплерография сосудов				
3.3	дуплексное сканирование сосудов				
3.4	иные				
4	Эндоскопическое диагностическое исследование				
4.1	бронхоскопия				
4.2	эзофагогастродуоденоскопия				
4.3	интестиноскопия				
4.4	колоноскопия				
4.5	ректосигмоидоскопия				
4.6	видеокапсульные исследования				
4.7	эндосонография				
4.8	иные				
5	Молекулярно-генетическое исследование с целью 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 флуоресцентной гибридизации in situ (FISH)				
5.10	определение амплификации гена ERBB2 (HER2/Neu) методом флуоресцентной гибридизации in situ (FISH)				
5.11	иные				
6	Патологоанатомическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии				
7	Тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)				

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:	2,9	1,00	1,00	1,00

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

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	0,71	5,6	3,976	3,976	0	
Акушерство и гинекология	26,5	6,6	174,9	174,09	0,81	
Аллергология и иммунология	0,3	9,1	2,73	2,402	0,328	
Гастроэнтерология	2,3	10,8	24,84	19,529	5,311	
Гематология	1,12	13,0	14,56	11,182	3,378	
Гериатрия	0,6	14,0	8,4	8,4	0	
Дерматовенерология (дерматологические койки)	0,9	12,3	11,07	8,981	2,089	
Инфекционные болезни	11,873	7,1	84,3	42,546	41,754	
Кардиология	9,7	10,8	104,76	100,878	3,882	
Колопроктология	1	9,9	9,9	9,263	0,637	
Медицинская реабилитация	4,443	16,5	73,31	54,986	18,323	
Неврология	12,2	12,1	147,62	130,941	16,679	
Нейрохирургия	2,7	10,7	28,89	25,42	3,47	
Неонатология	1,9	12,1	22,99	0	22,99	
Нефрология	1,1	11,5	12,65	8,026	4,624	
Онкология, радиология, радиотерапия	8,79	10,8	94,932	90,562	4,37	
Оториноларингология	3,9	7,6	29,64	19,77	9,87	
Офтальмология	4,8	6,0	28,8	24,46	4,34	
Педиатрия	7,2	8,6	61,92	0	61,92	
Пульмонология	3,3	11,3	37,29	30,727	6,563	
Ревматология	1,1	13,1	14,41	12,319	2,091	
Сердечно-сосудистая хирургия (кардиохирургические койки)	1,5	9,7	14,55	13,297	1,253	
Сердечно-сосудистая хирургия (койки сосудистой хирургии)	1,4	10,3	14,42	13,973	0,447	
Терапия <***>	18,8	10,1	189,88	189,88	0	
Травматология и ортопедия	8,4	11,1	93,24	80,183	13,057	

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
Урология (в т.ч. детская урология-андрология)	5,8	8,9	51,62	47,659	3,961
Хирургия (комбустиология)	0,3	13,5	4,05	2,971	1,079
Торакальная хирургия	0,4	13,3	5,32	4,953	0,367
Хирургия (в т.ч. абдоминальная хирургия, трансплантация органов и (или) тканей, трансплантация костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, пластическая хирургия)	19,8	8,9	176,22	158,597	17,623
Челюстно-лицевая хирургия, стоматология	1,3	7,7	10,01	8,126	1,884
Эндокринология	2,2	11,6	25,52	20,414	5,106
Всего по базовой программе ОМС	166,336	9,5	1576,717	1318,513	258,204
Психиатрия	4,4	66,2	291,28	273,23	18,05
Психиатрия-наркология	3,2	14,5	46,4	45,47	0,93
Фтизиатрия	1,5	92,9	139,35	124,02	15,33
Дерматовенерология (венерологические койки)	0,3	15,0	4,5	3,90	0,60
Прочие профили, незастрахованные лица	5,2	8,0	41,6		
Всего за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации	14,6	35,8	523,13	446,62	34,91
Всего по специализированной медицинской помощи в стационарных условиях	180,94	11,80	2 099,85	1 765,14	293,11

<*> 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".

Планирование объемов оказания медицинской помощи и их финансирования в рамках территориальных программ ОМС на территории страхования и за ее пределами на 2022

Год

Вид, условия оказания медицинской помощи / профиль медицинской помощи <*>	№ строки	Рекомендуемое число случаев госпитализации (на 1000 жителей/застрахованных в год)	Расчетные объемы медицинской помощи (число случаев в год)	Объемы оказания медицинской помощи				Финансовое обеспечения оказания медицинской помощи, тыс. руб.				
				Всего	на территории страхования		за пределами территории страхования		на территории страхования		за пределами территории страхования	
					всего	в том числе ВМП	всего	в том числе ВМП	всего	в том числе ВМП	всего	в том числе ВМП
А	Б	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Всего, в том числе:	1=2+3+4+5	х	х									
скорая медицинская помощь	2	х	х			х		х		х		х
медицинская помощь в амбулаторных условиях (посещения/обращения)	3	х	х			х		х		х		х
медицинская помощь в условиях дневного стационара	4	х	х			х		х		х		х
в условиях круглосуточного стационара	5=сумме строк с 5.1 по 5.31	166,336										
Акушерское дело	5.1	0,710										
Акушерство и гинекология	5.2	26,500										
Аллергология и иммунология	5.3	0,300										
Гастроэнтерология	5.4	2,300										
Гематология	5.5	1,120										
Гериатрия	5.6	0,600										
Дерматовенерология (дерматологические койки)	5.7	0,900										
Инфекционные болезни	5.8	11,873										
Кардиология	5.9	9,700										
Колопроктология	5.10	1,000										
Медицинская реабилитация	5.11	4,443										
Неврология	5.12	12,200										
Нейрохирургия	5.13	2,700										
Неонатология	5.14	1,900										
Нефрология	5.15	1,100										
Онкология, радиология, радиотерапия	5.16	8,790										
Оториноларингология	5.17	3,900										
Офтальмология	5.18	4,800										
Педиатрия	5.19	7,200										
Пульмонология	5.20	3,300										
Ревматология	5.21	1,100										
Сердечно-сосудистая хирургия (кардиохирургические койки)	5.22	1,500										
Сердечно-сосудистая хирургия (койки сосудистой хирургии)	5.23	1,400										
Терапия <***>	5.24	18,800										
Торакальная хирургия	5.25	0,400										
Травматология и ортопедия	5.26	8,400										
Урология (в т.ч. детская урология-андрология)	5.27	5,800										
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	0,300										
Челюстно-лицевая хирургия, стоматология	5.30	1,300										
Эндокринология	5.31	2,200										

Справочно:

Предусмотрено законом о бюджете ТФОМС на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 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 2021 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"

**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):

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

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

H – численность населения;

D – среднегодовая занятость койки.

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

1.2. Определение фактической среднегодовой занятости койки (D):

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

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

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

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

1.3. Определение планового оборота койки (F):

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

T – средние сроки лечения.

Пример: расчет необходимого числа коек терапевтического профиля.

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

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

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

D = 365 - 10 - (1 x 23) = 332 дня.

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

2. Медицинская помощь в амбулаторных условиях

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

$$B = \frac{\Pi \times N}{\Phi}, \text{ где:}$$

B – число врачебных должностей;

Π – утвержденный норматив посещений на одного жителя в год;

N – численность населения;

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

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

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

**Методика
оценки эффективности использования ресурсов медицинских
организаций на основе выполнения функции врачебной должности,
показателей использования коечного фонда**

1. Для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оценивается коэффициент выполнения функции врачебной должности (K_v).

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

P_f – фактическое число посещений;

P_n – плановое, нормативное число посещений.

2. Для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, оценивается коэффициент эффективного использования коечного фонда ($K_{\text{э}}$) 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

$$K_r = O_f : O_n, \text{ где:}$$

O_f – фактический оборот койки, как отношение фактической занятости койки (U_f) к фактическим срокам лечения (V_f);

O_n – нормативный оборот койки, как нормативная занятость койки (U_n) к нормативному сроку лечения (V_n).

$$K_r = \frac{O_f}{O_n} = \frac{U_f}{V_f} : \frac{U_n}{V_n}$$

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

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

K_s – коэффициент целевого использования коечного фонда;

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

U_o – общее количество госпитализированных больных.

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

$$K_э = K_r \times K_s$$

Экономический ущерб определяется по формуле:

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

$У$ – экономический ущерб в рублях;

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

$K_э$ – коэффициент экономической эффективности использования коечного фонда

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

3. Определение коэффициентов финансовых затрат поликлиники (K_p) и стационара (K_c).

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

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

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

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

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