



МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(МИНЗДРАВ РОССИИ)

МИНИСТР

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

21 ДЕК 2018

№ 11-7/10/1-511

На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Руководителям  
органов государственной власти  
субъектов Российской Федерации  
в сфере охраны здоровья

Директорам  
территориальных фондов  
обязательного медицинского  
страхования

О формировании и экономическом обосновании  
территориальной программы государственных  
гарантий бесплатного оказания гражданам  
медицинской помощи на 2019 год и на плановый  
период 2020 и 2021 годов



№11-7/10/1-511 от 21.12.2018

Во исполнение пункта 2 постановления Правительства Российской Федерации от 10 декабря 2018 г. № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» (далее – Программа) Министерство здравоохранения Российской Федерации совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования направляет разъяснения по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год (далее – территориальная программа государственных гарантий).

### **I. Формирование территориальной программы государственных гарантий**

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

Стоимость территориальной программы государственных гарантий формируется за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации и местных бюджетов (в случае передачи органами государственной власти субъекта Российской Федерации соответствующих полномочий в сфере

охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления) (далее – соответствующие бюджеты) и средств обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования и утверждается в виде приложения к территориальной программе государственных гарантий по форме, в соответствии с приложениями 1 и 2 к настоящему разъяснению.

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

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

В целях обеспечения преемственности, доступности и качества медицинской помощи, а также эффективной реализации территориальных программ государственных гарантий субъектами Российской Федерации формируется и развивается трехуровневая система организации медицинской помощи гражданам. Рекомендуется установление распределения медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий, по следующим уровням:

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

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

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

и (или) паллиативную медицинскую помощь;

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

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

Отнесение медицинской организации к третьему уровню оказания медицинской помощи осуществляется в случае распределения Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации объемов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи.

При оплате медицинской помощи учитываются этапы (уровни) оказания медицинской помощи в соответствии с порядками ее оказания. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи отражает разницу в затратах на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований на различных уровнях оказания медицинской помощи, а также оказания медицинских услуг с применением телемедицинских технологий и устанавливается тарифным соглашением в разрезе трех уровней оказания медицинской помощи (за исключением городов федерального значения, где возможно установление двух уровней) дифференцированно для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций в соответствии с действующим законодательством. При этом структурные подразделения медицинской организации, оказывающие медицинскую помощь соответственно в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, исходя из маршрутизации пациентов, могут иметь различные коэффициенты уровня оказания медицинской помощи.

С учетом объективных критериев (разница в используемых энергоносителях, плотность населения обслуживаемой территории, монопрофильная медицинская организация, например, инфекционная больница, и т.д.), основанных на экономическом обосновании и расчетах, выполненных в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального

развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н в составе Правил обязательного медицинского страхования (далее – Правила), по каждому уровню могут выделяться не более 5 подуровней оказания медицинской помощи с установлением коэффициентов по каждому подуровню.

В соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. № 572н (зарегистрирован Минюстом России 2 апреля 2013 г., № 27960) распределение медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде и новорожденным, осуществляется по группам.

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

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

Проведение обязательных диагностических исследований и оказание медицинской помощи по поводу заболеваний и состояний, включенных в перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно в рамках территориальной программы 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 населению закрытых административно-территориальных образований, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в соответствующий перечень, а также работникам организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда.

4. Субъектами Российской Федерации на основе перераспределения объемов медицинской помощи по видам, условиям и формам ее оказания устанавливаются дифференцированные нормативы объема медицинской помощи на 1 жителя и нормативы объема медицинской помощи на 1 застрахованное лицо с учетом этапов оказания медицинской помощи, уровня и структуры заболеваемости, особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, а также климатических и географических особенностей регионов.

Дифференцированные нормативы объема медицинской помощи на 1 застрахованное лицо в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования устанавливаются для каждого этапа (уровня) оказания медицинской помощи на основе распределения объема медицинской помощи для медицинских организаций первого, второго и третьего уровней системы организации медицинской помощи в субъекте Российской Федерации.

Для определения объема медицинской помощи на 1 жителя по условиям ее оказания в рамках территориальной программы государственных гарантий, а также нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, средние нормативы объема медицинской помощи, установленные Программой, корректируются с помощью поправочных коэффициентов, учитывающих, в том числе, особенности возрастного состава населения субъекта Российской Федерации.

При обосновании размера средних нормативов объема медицинской помощи на 1 жителя (застрахованное лицо), установленных Программой, принято следующее соотношение детей (в возрасте от нуля до семнадцати лет включительно) и взрослых: 20,1 % (коэффициент 0,201) и 79,9 % (коэффициент 0,799) соответственно.

Поправочные коэффициенты рассчитываются путем деления удельного веса (в % или долях единицы) численности детей и взрослых в структуре

населения территории на соответствующие показатели по Российской Федерации.

Например, если в структуре населения субъекта Российской Федерации дети составляют 18 % и взрослые – 82 %, то поправочные коэффициенты составят: 0,896 для детского ( $18/20,1 = 0,896$ ) и 1,026 для взрослого населения ( $82/79,9 = 1,026$ ).

В целях обеспечения единого подхода к планированию и оплате медицинской помощи в стационарных условиях используется единица объема – случай госпитализации (законченный случай лечения в стационарных условиях), применяемая при оплате медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и при осуществлении межтерриториальных расчетов. В приложении 4 к настоящим разъяснениям указаны рекомендуемые показатели числа случаев госпитализации, средней длительности пребывания одного пациента в медицинской организации в стационарных условиях (дней) и числа койко-дней (круглосуточного пребывания) на 1 жителя (застрахованного).

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

Скорректированное число случаев госпитализации по профилю «кардиология» =  $110,28/10,8 = 10,2$  случая госпитализации на 1000 жителей.

Таблица 1

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

Показатель	Рекомендуемое число койко-дней на 1000 жителей		
	в том числе для:		Всего
	взрослых	детей	
Рекомендуемое число койко-дней	104,0	4,0	108,0
Поправочный коэффициент	1,026	0,896	-
Скорректированное число койко-дней	106,7	3,58	110,28

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

Корректировка объема медицинской помощи проводится также с учетом заболеваемости населения субъекта Российской Федерации с использованием как отчетных данных, так и результатов специальных исследований. По данным медицинской статистики за предыдущий год анализируются состав пациентов, получивших медицинскую помощь в стационарных условиях, и

число проведенных ими койко-дней в разрезе профилей медицинской помощи. В результате определяется объем медицинской помощи в стационарных условиях по профилям медицинской помощи в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи» (зарегистрирован Минюстом России 4 июня 2012 г., № 24440).

Объем медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в расчете на 1 жителя, а также норматив объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях в расчете на 1 застрахованное лицо, корректируются по каждому профилю медицинской помощи, затем путем суммирования определяются объем медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в расчете на 1 жителя и норматив объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях в расчете на 1 застрахованное лицо.

Установленные территориальной программой государственных гарантий объем медицинской помощи в стационарных условиях в расчете на 1 жителя и норматив объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях в расчете на 1 застрахованное лицо могут быть обоснованно более высокими, чем соответствующие средние нормативы объема медицинской помощи, установленные Программой, с учетом уровня заболеваемости населения, демографических особенностей населения региона, климатических и географических особенностей региона, уровня транспортной доступности медицинских организаций, уровня развития транспортных путей постоянного действия, плотности населения в субъекте Российской Федерации и других факторов.

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

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



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

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

Аналогично проводятся расчеты объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в расчете на 1 жителя (на 1 застрахованное лицо).

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

5. Нормативы объема медицинской помощи по видам и условиям ее предоставления по территориальной программе государственных гарантий устанавливаются отдельно в части финансового обеспечения за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации и средств обязательного медицинского страхования.

В части медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет бюджетов субъектов Российской Федерации, с учетом более низкого, по сравнению со среднероссийским, уровня заболеваемости и смертности населения от социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, а также климатогеографических особенностей регионов могут применяться понижающие коэффициенты к средним нормативам объема медицинской помощи, установленным Программой, для Белгородской области, Ивановской области, Калужской области, Московской области, Орловской области, Рязанской области, Тамбовской области, Тверской области, г. Москвы, Республики Карелия, Ненецкого автономного округа, Вологодской области, Ленинградской области, Мурманской области, Республики Калмыкия, Краснодарского края, Астраханской области, Республики Ингушетия, Карачаево-Черкесской Республики, Республики Северная Осетия-Алания, Чеченской Республики, Ставропольского края, Республики Мордовия, Чувашской Республики, Нижегородской области, Самарской области – в размере 0,7; Владимирской области, Костромской области, Курской области,

Липецкой области, Тульской области, Республики Коми, г. Санкт-Петербурга, Республики Адыгея, Республики Дагестан, Республики Башкортостан, Республики Марий Эл, Республики Татарстан, Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, Республики Алтай – в размере 0,8; Брянской области, Ярославской области, Архангельской области, Калининградской области, Волгоградской области, Ростовской области, Кировской области, Пензенской области, Саратовской области, Тюменской области, Республики Бурятия, Томской области – в размере 0,9.

Рекомендуемые для установления в территориальных программах государственных гарантий дифференцированные нормативы объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет бюджетов субъектов Российской Федерации, представлены в приложении 5 к настоящим разъяснениям.

В части медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, субъекту Российской Федерации рекомендуется устанавливать дифференцированные нормативы объема предоставления медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо по видам, формам и условиям оказания медицинской помощи с учетом указанных факторов (на основе распределения объема медицинской помощи для медицинских организаций первого, второго и третьего уровней системы организации медицинской помощи в субъекте Российской Федерации) в рамках подушевого норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Дифференцированные нормативы объема медицинской помощи устанавливаются для каждого этапа (уровня) оказания медицинской помощи в расчете на 1 жителя (1 застрахованное лицо) субъекта Российской Федерации.

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

С учетом особенностей регионов рекомендуется использование дифференцированных нормативов объема скорой медицинской помощи, рассчитанных на 1 застрахованное лицо в год, для Камчатского, Красноярского и Хабаровского краев, республик Коми, Тыва и Саха (Якутия), Мурманской и Тюменской областей в среднем 0,31 вызова, Новосибирской, Томской областей, Ханты-Мансийского автономного округа, Еврейской автономной области – в среднем 0,330 вызова.

При установлении дифференцированных нормативов объема медицинской помощи субъектом Российской Федерации предусматривается

осуществление структурных преобразований системы оказания медицинской помощи (развитие медицинской помощи в неотложной форме, медицинской реабилитации, стационарозамещающих технологий, паллиативной медицинской помощи и т. д.) с учетом параметров, предусмотренных Программой и государственной программой «Развитие здравоохранения».

В целях обеспечения доступности медицинской помощи гражданам, проживающим в малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктах, а также в сельской местности, в составе дифференцированных нормативов объема медицинской помощи территориальными программами государственных гарантий могут устанавливаться объемы медицинской помощи с учетом использования санитарной авиации и передвижных форм оказания медицинской помощи.

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.

6. Подушевые нормативы финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование базовой программы обязательного медицинского страхования за счет субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования устанавливаются с учетом соответствующих коэффициентов дифференциации, рассчитанных 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».

Подушевые нормативы финансирования 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.

Для определения подушевого норматива финансирования за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, а также стоимости единиц объема медицинской помощи по видам медицинской помощи, не входящим в территориальную программу обязательного медицинского

страхования, необходимо провести коррекцию путем умножения величины соответствующих средних нормативов, установленных Программой, на величину коэффициента дифференциации, представленную в приложении 6 к настоящим разъяснениям.

При оплате медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров, за законченный случай лечения на основе клинико-профильных групп заболеваний (клинико-статистических групп заболеваний) используются коэффициенты относительной затратно-емкости, установленные Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (совместное письмо от 21 ноября 2018 г. Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-7/10/2-7543 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 14525/26-1/и) (далее – Методические рекомендации).

Коэффициенты относительной затратно-емкости по профилям медицинской помощи, не входящим в базовую программу, устанавливаются субъектом Российской Федерации самостоятельно.

Для определения стоимости единиц объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рекомендуется использовать поправочные коэффициенты по основным специальностям, представленные в приложении 7 к настоящим разъяснениям.

7. Размер бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов на реализацию территориальной программы государственных гарантий определяется исходя из величины среднего подушевого норматива финансирования за счет средств соответствующих бюджетов, установленного Программой на 2019 год (3 488,6 руб.), коэффициента дифференциации, представленного в приложении 6 к настоящим разъяснениям и численности населения субъекта Российской Федерации по прогнозу Росстата на 1 января 2019 года.

В соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании расходы государственных и муниципальных медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в части капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения, приобретения основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше 100 тысяч рублей за единицу и иные расходы, не включенные в структуру тарифа на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», осуществляются за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

Кроме того, за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов осуществляются расходы государственных и муниципальных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь при заболеваниях и состояниях, не входящих в базовую программу, в части текущего финансирования деятельности, капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения, приобретения основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь), а также расходы по демонтажу зданий и сооружений и иные расходы. При этом расходы на проведение капитального ремонта и подготовку проектно-сметной документации для его проведения, а также расходы инвестиционного характера (включая расходы на демонтаж зданий и сооружений, строительство, реконструкцию) не входят в средний подушевой норматив финансирования за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, установленный Программой.

При формировании территориальной программы государственных гарантий размер дефицита ее финансового обеспечения за счет средств соответствующих бюджетов рекомендуется определять как разность потребности в финансовом обеспечении территориальной программы государственных гарантий за счет средств соответствующих бюджетов и утвержденной субъектом Российской Федерации стоимости территориальной программы государственных гарантий за счет средств соответствующих бюджетов, включая межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта Российской Федерации в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования. Потребность в бюджетных ассигнованиях соответствующих бюджетов на реализацию территориальной программы государственных гарантий определяется как произведение среднего подушевого норматива финансирования за счет средств соответствующих бюджетов, установленного Программой, на величину коэффициента дифференциации, представленного в приложении 6 к настоящим разъяснениям, и численность населения субъекта Российской Федерации по прогнозу Росстата на 1 января 2019 года.

Аналогично определяется размер дефицита финансового обеспечения территориальной программы государственных гарантий за счет средств соответствующих бюджетов по итогам ее реализации за год.

8. В территориальной программе государственных гарантий норматив объема для проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, устанавливается с учетом показателя числа граждан, прошедших профилактические осмотры, региональных проектов «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» (за исключением

предварительных и периодических медицинских осмотров работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда).

Кроме того, в территориальной программе государственных гарантий следует установить отдельно норматив объема для проведения профилактических медицинских осмотров и норматив объема для проведения профилактических медицинских осмотров в рамках 1-го этапа диспансеризации.

Норматив объема медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактическими и иными целями, рекомендуется обосновать в разрезе видов посещений и включить обоснование в виде приложения к территориальной программе государственных гарантий в соответствии с формой, представленной в приложении 8 к настоящим разъяснениям.

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.

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

Установленный Программой средний норматив объема для проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включает законченные случаи диспансеризации и посещения (разовые) с целью профилактических медицинских осмотров.

Установленный Программой средний норматив финансовых затрат на посещение для проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, является средневзвешенной величиной и рассчитан исходя из средней стоимости законченного случая диспансеризации и средней стоимости законченного случая профилактического медицинского осмотра для взрослого и детского населения в соответствии с порядками их проведения, установленными нормативными правовыми актами и рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Средний норматив объема медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме за счет средств обязательного медицинского страхования, включает в себя 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.

В целом по территориальной программе государственных гарантий кратность посещений по поводу одного заболевания составляет от 2,6 до 3,2 посещения.

Медицинские организации ведут отдельный учет посещений с профилактической целью (посещение центра здоровья, в связи с диспансерным наблюдением, диспансеризацией определенных групп населения, профилактическим осмотром), посещений с иными целями, разовых посещений в связи с заболеваниями, посещений в неотложной форме, а также обращений в связи с заболеваниями.

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.

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

а) впервые обратившихся граждан в отчетном году для проведения комплексного обследования;

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

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

Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной в центрах здоровья, в том числе являющихся структурными подразделениями врачебно-физкультурных диспансеров, центров охраны здоровья семьи и репродукции, центров охраны репродуктивного здоровья подростков и центров медицинской профилактики, осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования на основе реестров счетов, заполненных в соответствии с Международной статистической 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). При этом объемы оказанной первичной медико-санитарной помощи подлежат учету, контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (медико-экономическому контролю, медико-экономической экспертизе, экспертизе качества медицинской помощи) и оплате в соответствии с тарифами и способами оплаты данного вида медицинской помощи, принятыми в рамках тарифного соглашения, действующего на территории субъекта Российской Федерации.

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

а) средств обязательного медицинского страхования;

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

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

В рамках подушевого норматива финансирования территориальной программы государственных гарантий за счет средств соответствующих бюджетов субъектом Российской Федерации устанавливаются нормативы объема и нормативы финансовых затрат на 1 вызов скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, не включенной в территориальную программу обязательного медицинского страхования, включая медицинскую эвакуацию, с учетом транспортной доступности, плотности населения и нуждаемости населения в санитарно-авиационной эвакуации.

Санитарно-авиационная эвакуация, осуществляемая воздушными судами, как работа (услуга) по транспортировке, не включена в базовую программу обязательного медицинского страхования, расходы на ее осуществление не включены в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную базовой программой обязательного медицинского



страхования, и осуществляются за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации.

Установленный Программой средний норматив финансовых затрат за счет средств соответствующих бюджетов на 1 случай оказания медицинской помощи выездными бригадами скорой медицинской помощи при санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными 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, плотности населения, а также климатических и географических особенностей, что должно быть установлено территориальной программой.

11. За счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов осуществляется 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 рамках государственных (муниципальных) заданий).

12. Финансовое обеспечение оказания паллиативной медицинской помощи, оказываемой амбулаторно, в том числе выездными патронажными службами, и стационарно, в том числе в хосписах и на койках сестринского ухода, осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

Субъектом Российской Федерации в рамках территориальной программы может устанавливаться норматив объема (посещений) для паллиативной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, а также норматив финансовых затрат на единицу объема указанного вида медицинской помощи.

13. За счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов осуществляется оказание медицинской помощи и предоставление иных государственных и муниципальных услуг (работ), в соответствии с разделом V Программы, в лепрозориях и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, центрах профилактики и борьбы со СПИДом, врачебно-физкультурных диспансерах, центрах охраны здоровья семьи и репродукции, медико-генетических центрах (консультациях), центрах охраны репродуктивного здоровья подростков, центрах медицинской профилактики (за

исключением первичной медико-санитарной помощи, включенной в базовую программу), центрах профессиональной патологии и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомических бюро, медицинских информационно-аналитических центрах, бюро медицинской статистики, в центрах крови, на станциях переливания крови, в домах ребенка, включая специализированные, молочных кухнях и прочих медицинских организациях, входящих в номенклатуру медицинских организаций, утверждаемую Министерством здравоохранения Российской Федерации

Кроме того за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов осуществляется:

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

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

предоставление иных государственных и муниципальных услуг (работ), предусмотренных стандартами и порядками оказания медицинской помощи, в патологоанатомических отделениях многопрофильных медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования (при этом финансовое обеспечение проведения гистологических и цитологических исследований пациентов осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования);

обеспечение туберкулином в целях проведения туберкулинодиагностики;

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

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) не включаются в стоимость территориальной программы государственных гарантий.

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.

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

Обследование женщин в период беременности, предусмотренное Порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. № 572н (зарегистрирован Минюстом России 2 апреля 2013 г. № 27960), в медицинских организациях, оказывающих первичную специализированную и специализированную медицинскую помощь женщинам в период беременности осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования, а генетическое обследование беременных по выявлению (подтверждению) врожденных аномалий (пороков) развития у плода в медико-генетических консультациях (центрах) и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций – за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации.

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, в том числе 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.

14. При оказании медицинской помощи лицам, проживающим в других субъектах Российской Федерации, по видам и условиям, не включенным в территориальную программу обязательного медицинского страхования,

субъекты Российской Федерации вправе осуществлять взаимные расчеты в рамках межбюджетных отношений на основании заключенных соглашений.

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

Методика планирования ресурсов, необходимых для бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий, представлена в приложении 9 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.

16. 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.

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

17. В рамках территориальной программы государственных гарантий субъекты Российской Федерации устанавливают порядок и размеры возмещения расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме, в том числе медицинскими организациями, не участвующими в реализации территориальной программы государственных гарантий.

18. Оценку эффективности использования ресурсов медицинских организаций на основе выполнения функции врачебной должности, показателей использования коечного фонда рекомендуется осуществлять по методике, представленной в приложении 10 к настоящим разъяснениям.

19. 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 и критериях доступности и качества медицинской помощи.

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

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

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

20. Разграничение оказания бесплатной медицинской помощи гражданам и платных медицинских услуг (работ) осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и постановлением Правительства

Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» и обеспечивается в том числе соблюдением установленных территориальной программой государственных гарантий сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановой форме.

В целях разграничения оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий и платных медицинских услуг органом государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья устанавливаются единые требования, обеспечивающие наличие и соблюдение в подведомственных государственных (муниципальных) медицинских организациях отдельного графика и порядка организации оказания платных медицинских услуг, регламентирующего в том числе порядок задействования материально-технической базы и медицинского персонала медицинских организаций при оказании платных медицинских услуг, а также отдельный учет и контроль расходных материалов для медицинского оборудования при оказании медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий и платных медицинских услуг.

21. Министерством здравоохранения Российской Федерации совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования осуществляется мониторинг формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий. Органы государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья учитывают рекомендации по результатам мониторинга при формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий на очередной год и на плановый период.

## **II. Формирование территориальной программы обязательного медицинского страхования**

1. Для определения стоимости территориальной программы обязательного медицинского страхования в части базовой программы необходимо величину среднего подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного Программой на 2019 год (11 800,2 руб.) умножить на коэффициент дифференциации и на численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации по состоянию на 1 января 2018 года.

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

Федерации о бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования.

В целях организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации средний подушевой норматив финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный Программой, включает расходы на организацию осуществления полномочий Российской Федерации, переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации.

Средства на административно-управленческие расходы системы обязательного медицинского страхования планируются как сумма расходов на ведение дела страховых медицинских организаций и расходов на обеспечение выполнения территориальными фондами обязательного медицинского страхования своих функций, предусмотренных законом о бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Стоимость территориальной программы обязательного медицинского страхования не включает средства, возмещенные территориальному фонду обязательного медицинского страхования по месту оказания медицинской помощи за медицинскую помощь, оказанную лицам, которым выдан полис обязательного медицинского страхования (застрахованным) в иных субъектах Российской Федерации, средства на финансовое обеспечение мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования, а также средства на обеспечение выполнения территориальными фондами обязательного медицинского страхования своих функций и средства для софинансирования расходов медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в соответствии с территориальными программами обязательного медицинского страхования, на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала.

При этом средства на обеспечение выполнения территориальными фондами обязательного медицинского страхования своих функций, а также средства для софинансирования расходов медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в соответствии с территориальными программами обязательного медицинского страхования, на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала отражаются в качестве справочной информации в приложении к территориальной программе государственных гарантий по форме, в соответствии с приложением 1 к настоящим разъяснениям.

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.

Для определения общего количества случаев госпитализации по территориальной программе обязательного медицинского страхования необходимо величину норматива объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях в расчете на 1 застрахованное лицо (количество случаев госпитализации на 1 застрахованное лицо), установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования, умножить на численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации по состоянию на 1 января 2018 года.

Аналогично проводятся расчеты нормативов объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, в расчете на 1 застрахованное лицо.

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

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

финансовое обеспечение мероприятий по диспансеризации определенных групп населения, диспансерному наблюдению, профилактическим медицинским осмотрам в соответствии с порядками, установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации;

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

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

медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;



врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера в части расходов на заработную плату включается в тарифы на оплату медицинской помощи, установленные тарифным соглашением в субъекте Российской Федерации.

Объем медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств обязательного медицинского страхования, и соответствующие ему финансовые средства отражаются в приложении 2 к настоящим разъяснениям (раздел III).

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

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

Перечень включает два раздела:

раздел I – перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования;

раздел II – перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования федеральным государственным учреждениям, дотаций федеральному бюджету из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в целях предоставления субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации.

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

Величина норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи корректируется с учетом величины

коэффициента дифференциации, применяемого в соответствующем субъекте Российской Федерации, по формуле, указанной в приложении 11 к настоящим разъяснениям.

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

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

3. Формирование территориальных программ обязательного медицинского страхования осуществляется создаваемой в субъекте Российской Федерации комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия), осуществляющей

свою деятельность в соответствии с Правилами. Предоставление информации членами Комиссии определяется ее решением. При формировании проекта территориальной программы обязательного медицинского страхования Комиссией определяются:

виды медицинской помощи, перечень заболеваний и состояний, расчетные нормативы объемов медицинской помощи с учетом потребности застрахованных лиц субъекта Российской Федерации в медицинской помощи;

расчетные нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, расчетные подушевые нормативы финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования с учетом размера бюджетных ассигнований на реализацию территориальной программы обязательного медицинского страхования, установленного законом о бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования по источникам ее формирования;

условия оказания медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, структура тарифов, целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, устанавливаемые территориальной программой государственных гарантий.

Объемы медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы определяются в расчете на 1 застрахованное лицо на основе средних нормативов, установленных Программой, скорректированных с учетом особенностей половозрастного состава, уровня и структуры заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, климатических и географических условий региона, транспортной доступности медицинских организаций и плотности населения на территории субъекта Российской Федерации.

Объемы предоставления медицинской помощи, установленные по территориальной программе обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, в котором застрахованным лицам выдан полис обязательного медицинского страхования, включают в себя объемы предоставления им медицинской помощи за пределами территории этого субъекта Российской Федерации.

При установлении территориальной программой обязательного медицинского страхования перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой территориальная программа обязательного медицинского страхования должна включать в себя также значения нормативов объема медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо и финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, выделив отдельно указанные нормативы в рамках базовой программы и сверх базовой программы в текстовой части программы, а также в табличной форме в приложении к ней.

4. Органами государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и территориальными фондами обязательного медицинского страхования для подготовки проекта территориальной программы обязательного медицинского страхования в рамках деятельности Комиссии осуществляется расчет территориальных нормативов объемов медицинской помощи и соответствующих финансовых показателей на основе анализа статистических форм, данных персонифицированного учета медицинской помощи, программ развития здравоохранения, сведений, поступивших от медицинских организаций (включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования) и страховых медицинских организаций (включенных в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования), медицинских профессиональных некоммерческих организаций, созданных в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), входящих в состав Комиссии.

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

При распределении объемов медицинской помощи учитываются:

система маршрутизации пациентов в субъекте Российской Федерации, формируемая в субъекте Российской Федерации с учетом этапов оказания медицинской помощи, уровня и структуры заболеваемости, особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей региона, а также сроков ожидания оказания медицинской помощи;

возможность оказания медицинскими организациями медицинской помощи в соответствии с лицензионными требованиями;

соответствие объемов медицинской помощи, заявленной медицинскими организациями при подаче уведомлений об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования, мощностным характеристикам медицинских организаций (койки, должности, медицинское оборудование и т.д.);

соответствие деятельности медицинских организаций требованиям эффективности, стандартам;

сведения страховых медицинских организаций о числе застрахованных лиц, их потребности в медицинской помощи и финансовых средствах для ее оплаты;

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

а) показатели (в том числе мощность коечного фонда в разрезе профилей, мощность медицинской организации (структурного подразделения), оказывающей медицинскую помощь, в разрезе профилей и специальностей, фактически выполненные за предыдущий год, объемы медицинской помощи по видам и условиям в разрезе профилей, специальностей, клинико-профильных групп заболеваний (клинико-статистических групп заболеваний) по детскому и взрослому населению, а также объемы их финансирования и другие), установленные решением Комиссии, подтверждающие возможность медицинской организации по выполнению объемов медицинской помощи в разрезе видов, профилей отделений (коек), врачебных специальностей в соответствии с правом на их осуществление;

б) данные о половозрастном составе и численности прикрепившихся застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи;

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

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

д) предложения о планируемых к выполнению объемах медицинской помощи на плановый год по видам и условиям в разрезе профилей, врачей-специалистов, количеству вызовов скорой медицинской помощи, клинико-профильных групп заболеваний (клинико-статистических групп заболеваний детского и взрослого населения).

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

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

б) показателей объемов медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, в разрезе видов медицинской помощи, условий ее предоставления, профилей отделений (коек), врачебных специальностей с учетом особенностей климатогеографических условий региона, транспортной

доступности медицинских организаций и плотности населения субъекта Российской Федерации.

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

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

Распределение утвержденных территориальной программой обязательного медицинского страхования объемов медицинской помощи медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях и имеющим прикрепленных лиц, получивших полис обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, осуществляется исходя из их численности и половозрастной структуры, нормативов объема медицинской помощи на 1 застрахованное лицо в год, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, с учетом климатических и географических условий региона, транспортной доступности медицинских организаций и особенностей расселения прикрепленного населения.

Медицинские организации в сроки, установленные Комиссией, представляют в страховые медицинские организации сведения о численности застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, список прикрепившихся для получения медицинской помощи в амбулаторных условиях застрахованных лиц для заключения договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – договор) и последующее изменение списка на основе акта сверки численности. Одновременно указанные сведения представляются медицинскими организациями в территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

Объемы медицинской помощи на застрахованных лиц, прикрепившихся к медицинской организации для получения медицинской помощи в амбулаторных условиях, получивших полис обязательного медицинского страхования в другом субъекте Российской Федерации, и соответствующие им финансовые средства учитываются территориальным фондом обязательного медицинского страхования отдельно и используются при формировании нормированного страхового запаса.

Медицинским организациям, не имеющим застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, объемы медицинской помощи распределяются исходя из показателей объемов медицинской помощи на 1 застрахованное лицо в год, утвержденных территориальной программой обязательного медицинского

страхования, с учетом мощности медицинской организации, профилей медицинской помощи, врачебных специальностей, видов медицинской помощи, условий ее оказания.

Медицинским организациям, оказывающим только диагностические услуги в соответствии с правом на их осуществление и которым не может быть определен объем медицинской помощи в показателях, установленных Программой, распределение объема диагностических услуг осуществляется исходя из потребности включенных в реестр медицинских организаций по выполнению стандартов медицинской помощи и порядков ее оказания в случае отсутствия у медицинских организаций возможности предоставления данных диагностических услуг или их недостаточности.

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

При установлении тарифов необходимо учитывать уровень оказания медицинской помощи и применение иных коэффициентов к стоимости законченного случая лечения согласно Методическим рекомендациям, а также уровень оснащенности и технологических возможностей медицинских организаций.

6. 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.

7. 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.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам медицинскими организациями, находящимися вне территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, осуществляется по видам, включенным в базовую программу, в соответствии со способами оплаты и по тарифам, действующим на территории оказания медицинской помощи, без прикрепления к медицинским организациям.

Оплата медицинской помощи осуществляется по способам оплаты, установленным территориальной программой государственных гарантий, и тарифам на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, принятым тарифным соглашением.

8. Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются в субъекте Российской Федерации тарифным соглашением. Формирование тарифов на оплату медицинской помощи, включая их структуру, осуществляется Комиссией в соответствии с законодательством Российской Федерации и исходя из установленных Программой средних нормативов. Решением Комиссии является заключенное тарифное соглашение.

Медицинским организациям, оказывающим только диагностические и (или) консультативные услуги, а также медицинским организациям, оказывающим в рамках основной деятельности дополнительно отдельные диагностические услуги, могут устанавливаться тарифы за услугу и (или) консультацию.

Тарифы на оплату медицинской помощи формируются в соответствии с методикой, установленной Правилами, на основе стандартов медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и являются едиными для медицинских организаций независимо от организационно-правовой формы, оказавших медицинскую помощь при конкретном заболевании или состоянии в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

В случаях оказания медицинских услуг с применением мобильных медицинских комплексов на территории субъекта Российской Федерации тарифным соглашением устанавливаются тарифы на медицинские услуги с применением мобильных медицинских комплексов, а в случаях не оказания указанных услуг на территории субъекта Российской Федерации тарифные соглашения содержат информацию об их отсутствии.

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

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

Субъектам Российской Федерации рекомендуется применять эффективные способы оплаты медицинской помощи, ориентированные на



результат деятельности медицинских организаций (за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний), по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи и другие). В показатели результативности деятельности медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, включается в том числе процент выполнения плановых показателей объема медицинской помощи для медицинской организации (посещений, обращений, медицинских услуг).

При этом при формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, вне зависимости от применяемого способа оплаты, отражаются все единицы объема с указанием размеров установленных тарифов.

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

медицинскими работниками со средним медицинским образованием, ведущими самостоятельный прием;

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

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

Оплата диспансеризации и профилактических медицинских осмотров, проводимых в соответствии с порядками, установленными Минздравом России, осуществляется по законченному случаю с учетом этапов проведения (комплексное посещение). При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования оплата профилактических медицинских осмотров граждан и диспансеризации выделяется из подушевого норматива финансирования.

Оплата диспансерного наблюдения граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также граждан, находящихся в

восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений), включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц. При этом единицей объема оказанной медицинской помощи является посещение.

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

Оплата медицинских осмотров несовершеннолетних, в том числе профилактических медицинских осмотров, регламентированных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 г. № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (зарегистрирован Минюстом России 18 августа 2017 г., № 47855), может осуществляться за законченный случай.

12. Расходы на вспомогательные репродуктивные технологии (экстракорпоральное оплодотворение, далее - ЭКО) осуществляются за счет средств обязательного медицинского страхования.

Расходы на вспомогательные репродуктивные технологии (ЭКО) в условиях дневного стационара учтены в стоимости медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара. Аналогично норматив объема медицинской помощи в условиях дневного стационара включает объемы на проведение экстракорпорального оплодотворения.

Средний норматив объема на 1 застрахованное лицо включает, в том числе проведение I этапа ЭКО, проведение I-III этапов ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов, полный цикл ЭКО без применения криоконсервации эмбрионов, полный цикл ЭКО с криоконсервацией эмбрионов, размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки. При этом хранение криоконсервированных эмбрионов осуществляется не за счет средств

обязательного медицинского страхования.

Средний норматив финансовых затрат на 1 случай экстракорпорального оплодотворения, утвержденный Программой (113 907,5 рублей), соответствует стоимости полного цикла экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов, но представляет собой усредненную стоимость случая экстракорпорального оплодотворения с учетом проведения у части пациентов неполных циклов и проведения в отдельных случаях полного цикла с криоконсервацией эмбрионов.

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

Количество случаев применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) и тарифы на их оплату за счет средств обязательного медицинского страхования устанавливаются в субъекте Российской Федерации решением Комиссии. Коэффициенты относительной затратоемкости на случай экстракорпорального оплодотворения в условиях дневных стационаров приведены в Методических рекомендациях.

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

14. Программой за счет средств обязательного медицинского страхования установлены средние нормативы объема и средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара по профилю «Онкология».

Средний норматив объема специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, включает средний норматив объема специализированной медицинской помощи по профилю «Онкология».

При формировании территориальных программ обязательного медицинского страхования нормативы объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара по профилю «Онкология», могут быть обоснованно выше или ниже

соответствующих средних нормативов, установленных Программой, с учетом реальной потребности, обусловленной региональными особенностями, в том числе уровнем и структурой заболеваемости злокачественными новообразованиями, долей пациентов со злокачественными новообразованиями, выявленными на ранних и поздних стадиях заболевания, половозрастной структурой населения, долей сельского населения, транспортной доступностью медицинских организаций, плотностью населения, а также климатогеографическими особенностями региона.

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

В территориальной программе 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 (кроме заболеваний лимфоидной и кроветворной тканей) (C00-C80, C97) и новообразованиями *in situ* (D00-D09), в том числе в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи, и не включают случаи лечения пациентов (взрослые и дети) со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей (C81-C96). При этом в указанные нормативы включены все виды специфического противоопухолевого лечения: хирургическое лечение, лекарственная терапия (включая лечение фебрильной нейтропении, агранулоцитоза вследствие проведения лекарственной терапии, а также установку, замену порт системы (катетера) для лекарственной терапии), лучевая терапия, лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией.

Случаи госпитализации в диагностических целях с постановкой или подтверждением диагноза злокачественного новообразования, а также случаи лечения при злокачественных новообразованиях без специального противоопухолевого лечения включаются в нормативы объема медицинской помощи по профилю «Онкология» в случае, если госпитализация осуществлялась на специализированную койку по профилю «Онкология». Кроме того, в норматив объема медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров по профилю «Онкология», включены случаи

госпитализации в диагностических целях с постановкой или подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ. Случаи госпитализации в рамках оказания медицинской помощи по иным профилям (в том числе «Терапия») не включаются в нормативы, установленные по профилю «Онкология».

Оплата медицинской помощи в отделениях хирургического профиля, а также курсов химиотерапии, проводимых пациентам (взрослым и детям) с онкологическими заболеваниями, осуществляется на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций, в том числе в условиях дневного стационара.

Лекарственное обеспечение данной категории пациентов осуществляется в соответствии с законодательными и иными правовыми актами Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, в том числе за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов (с учетом норм, установленных приказом Минздрава России от 20 декабря 2012 г. № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» (зарегистрирован Минюстом России 25 июня 2013 г. № 28883), в части установления запрета на выписку рецептов на лекарственные препараты, которые в соответствии с инструкцией по медицинскому применению используются только в медицинских организациях).

15. Оказание медицинской помощи при заболеваниях зубов и полости рта входит в базовую программу, поскольку данные заболевания в соответствии с МКБ-10 относятся к болезням органов пищеварения.

При планировании и учете объема гарантируемой стоматологической помощи населению по территориальной программе обязательного медицинского страхования учитываются как посещения с профилактическими и иными целями, так и обращения по поводу заболевания. При этом учитывается кратность условных единиц трудоемкости (далее – УЕТ) в одном посещении, которая в среднем по Российской Федерации оставляет 3,9, число УЕТ в одном посещении с профилактической целью – 2,7, в одном обращении в связи с заболеванием (законченном случае лечения) – 8,5.

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

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

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

16. Заместительная почечная терапия методами гемодиализа и перитонеального диализа застрахованным лицам проводится в рамках первичной специализированной и специализированной медицинской помощи и оплачивается по тарифам, утвержденным в установленном порядке за счет средств обязательного медицинского страхования, в том числе в части приобретения расходных материалов; при этом проезд пациентов до места оказания медицинских услуг не включен в тариф на оплату медицинской помощи.

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

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

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

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

Порядок организации медицинской реабилитации утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1705н (зарегистрирован Минюстом России 22 февраля 2013 г., № 27276), согласно которому медицинская реабилитация осуществляется в медицинских организациях, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по медицинской реабилитации.

В рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования за счет средств обязательного медицинского страхования

медицинская реабилитация может осуществляться в том числе в условиях санаторно-курортных организаций, имеющих соответствующую лицензию, как этап в общем процессе лечения отдельных заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи.

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

19. Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами) осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

Объем скорой медицинской помощи, оказываемой станциями (подстанциями) скорой медицинской помощи, структурными подразделениями медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами), по базовой программе определяется исходя из среднего норматива объема скорой медицинской помощи, установленного Программой (0,3 вызова на 1 застрахованное лицо), и численности застрахованных лиц.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь, оказываемая застрахованным лицам в амбулаторных и стационарных условиях (в отделениях скорой медицинской помощи поликлиник, больниц, больниц скорой медицинской помощи, работающих в системе обязательного медицинского страхования, по заболеваниям (состояниям), входящим в базовую программу), 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, осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

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

В реестры счетов на оплату медицинской помощи включаются все вызовы скорой медицинской помощи по установленным тарифам.

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

21. Медицинская помощь в экстренной форме, оказанная застрахованным лицам в амбулаторных и стационарных условиях при заболеваниях и состояниях, входящих в базовую программу, медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения финансируется за счет средств обязательного медицинского страхования при условии их включения в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, по тарифам на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии.

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



23. В субъекте Российской Федерации используются способы оплаты медицинской помощи, установленные тарифным соглашением, принятым в субъекте Российской Федерации в соответствии с Программой и рекомендациями Минздрава России и Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Установленные способы оплаты являются едиными для всех медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Приложение: на 22 л. в 1 экз.



В.И. Скворцова

**Стоимость территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по источникам  
финансового обеспечения на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов**

Источники финансового обеспечения территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи	№ строки	2019 год		плановый период			
		утвержденная стоимость территориальной программы		2020 год		2021 год	
		стоимость территориальной программы	стоимость территориальной программы	стоимость территориальной программы	стоимость территориальной программы	стоимость территориальной программы	стоимость территориальной программы
		всего (тыс. руб.)	на 1 жителя (1 застрахованное лицо) в год (руб.)	всего (тыс. руб.)	на 1 жителя (1 застрахованное лицо) в год (руб.)	всего (тыс. руб.)	на 1 жителя (1 застрахованное лицо) в год (руб.)
1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Стоимость территориальной программы государственных гарантий всего (сумма строк 02 + 03) в том числе:</b>							
<b>I. Средства консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации *</b>	01						
<b>II. Стоимость территориальной программы ОМС всего** (сумма строк 04 + 08)</b>	02						
<b>1. Стоимость территориальной программы ОМС за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы** (сумма строк 05+ 06 + 07) в том числе:</b>	03						
<i>1.1. субвенции из бюджета ФОМС**</i>	04						
<i>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</i>	05						
<i>1.3. прочие поступления</i>	06						
<b>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:</b>	07						
<i>2.1 межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта Российской Федерации в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение дополнительных видов медицинской помощи.</i>	08						
<i>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</i>	09						
	10						

\* без учета бюджетных ассигнований федерального бюджета на оказание отдельным категориям граждан государственной социальной помощи по обеспечению лекарственными препаратами, целевые программы, а также межбюджетных трансфертов (строки 06 и 10)

\*\* без учета расходов на обеспечение выполнения территориальными фондами обязательного медицинского страхования своих функций, предусмотренных законом о бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования по разделу 01 «Общегосударственные вопросы» и расходов на мероприятия по ликвидации кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь

Справочно	2019 год		2020 год		2021 год	
	всего (тыс. руб.)	на 1 застрахованное лицо (руб.)	всего (тыс. руб.)	на 1 застрахованное лицо (руб.)	всего (тыс. руб.)	на 1 застрахованное лицо (руб.)
Расходы на обеспечение выполнения ТФОМС своих функций						
На финансирование расходов медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в соответствии с территориальными программами обязательного медицинского страхования, на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала						

**Утвержденная стоимость территориальной программы государственных гарантий  
бесплатного оказания гражданам медицинской помощи  
по условиям ее оказания на 2019 год**

Виды и условия оказания медицинской помощи	№ строки	Единица измерения	Объем медицинской помощи в расчете на 1 жителя (норматив объема предоставления медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо)	Стоимость единицы объема медицинской помощи (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.		за счет средств ОМС	за счет бюджета субъекта РФ	средства ОМС	в % к итогу
					за счет бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС	за счет бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
<b>1. Медицинская помощь, предоставляемая за счет консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации</b> в том числе *:												
1. скорая, в том числе скорая специализированная медицинская помощь, не включенная с территориальную программу ОМС, в том числе не идентифицированным и не застрахованным в системе ОМС лицам	01		X	X		X			X			
2. медицинская помощь в амбулаторных условиях, в том числе	02	вызов				X			X	X		
	03	вызов				X			X	X		
	04	посещение с профилактическими и иными целями				X			X	X		
	05	обращение				X			X	X		
	06	посещение с профилактическими и иными целями				X			X	X		
	07	обращение				X			X	X		
3. специализированная медицинская помощь в стационарных условиях, в том числе	08	случай госпитализации				X			X	X		
	09	случай госпитализации				X			X	X		
4. медицинская помощь в условиях дневного стационара, в том числе	10	случай лечения				X			X	X		
	11	случай лечения				X			X	X		
5. паллиативная медицинская помощь	12	к/день				X			X	X		
6. иные государственные и муниципальные услуги (работы)	13	-	X	X		X			X	X		
7. высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в медицинских организациях субъекта РФ	14	-	X	X		X			X	X		

1	2	3	4	5	6	7	8	9
II. Средства консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на приобретение медицинского оборудования для медицинских организаций, работающих в системе ОМС**, в том числе на приобретение:								
санитарного транспорта	-	X	X		X		X	X
КТ	-	X	X		X		X	X
МРТ	-	X	X		X		X	X
иного медицинского оборудования	-	X	X		X		X	X
III. Медицинская помощь в рамках территориальной программы ОМС:								
скорая медицинская помощь (сумма строк 20+34)	вызов	X	X	X		X		X
30.1+35.1	посещение с профилактическими и иными целями			X		X		X
30.1.1+35.1.1	в том числе для проведения профилактических медицинских осмотров, включая диспансеризацию			X		X		X
30.2+35.2	посещение по неотложной медицинской помощи			X		X		X
30.3+35.3	обращение			X		X		X
специализированная медицинская помощь в стационарных условиях (сумма строк 31 + 36), в том числе:	случай госпитализации			X		X		X
23.1	случай госпитализации			X		X		X
23.2	случай госпитализации			X		X		X
23.3	случай госпитализации			X		X		X
24	случай лечения			X		X		X
24.1	случай лечения			X		X		X
24.2	случай			X		X		X



1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. Медицинская помощь по видам и заболеваниям сверх базовой программы:								
скорая медицинская помощь	вызов	X	X	X		X		X
35.1	посещение с профилактическими и иными целями			X		X		X
35.1.1	в том числе для проведения профилактических медицинских осмотров, включая диспансеризацию			X		X		X
35.2	посещение по неотложной медицинской помощи			X		X		X
35.3	обращение			X		X		X
36	специализированная медицинская помощь в стационарных условиях, в том числе			X		X		X
36.1	медицинская помощь по профилю "онкология"			X		X		X
36.2	медицинская реабилитация в стационарных условиях			X		X		X
36.3	высокотехнологичная медицинская помощь			X		X		X
37	медицинская помощь в условиях дневного стационара			X		X		X
37.1	медицинская помощь по профилю "онкология"			X		X		X
37.2	при экстракорпоральном оплодотворении			X		X		X
38	паллиативная медицинская помощь			X		X		X
39	иные расходы			X		X		X
40	<b>ИТОГО (сумма строк 01 + 15 + 20)</b>	X	X					<b>100</b>

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

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

\*\*\*) в случае включения паллиативной медицинской помощи в территориальную программу ОМС сверх базовой программы ОМС с соответствующими платежами плателем субъекта РФ

**Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий, в том числе территориальной программы обязательного медицинского страхования**

№ п/п	Наименование медицинской организации	Осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования *
Итого медицинских организаций, участвующих в территориальной программе государственных гарантий:		
из них медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования		

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

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

Профиль медицинской помощи **	Рекомендуемое число случаев госпитализации (на 1000 жителей в год)	Используемая при расчете средняя длительность пребывания I-ого пациента в стационаре (дней)	Рекомендуемое число койко-дней (круглосуточного пребывания) на 1000 жителей		
			Всего	в том числе для	
				взрослых	детей
Акушерское дело	7,30	5,6	40,88	40,88	
Акушерство и гинекология	26,53	6,6	175,10	174,29	0,81
Аллергология и иммунология	0,45	10,1	4,55	4,00	0,55
Гастроэнтерология	2,10	10,8	22,68	17,83	4,85
Гематология	0,80	13,0	10,40	7,99	2,41
Гериатрия	0,20	18,0	3,60	3,60	0,00
Дерматовенерология (дерматологические койки)	1,00	12,3	12,30	9,98	2,32
Инфекционные болезни	12,00	7,1	85,20	43,00	42,20
Кардиология	10,00	10,8	108,00	104,00	4,00
Колопроктология	0,80	9,9	7,92	7,41	0,51
Медицинская реабилитация	4,00	16,5	66,00	49,50	16,50
Неврология	11,70	12,1	141,57	125,57	16,00
Нейрохирургия	2,42	10,7	25,89	22,79	3,11
Неонатология	2,10	12,1	25,41		25,41
Нефрология	1,18	11,5	13,57	8,60	4,97
Онкология, радиология, радиотерапия	9,10	10,8	98,28	93,75	4,53
Оториноларингология	4,10	7,6	31,16	20,78	10,38
Офтальмология	5,35	6,8	36,38	30,90	5,48
Педиатрия	8,70	8,6	74,82		74,82
Пульмонология	3,00	11,3	33,90	27,93	5,97
Ревматология	1,00	13,1	13,10	11,20	1,90
Сердечно-сосудистая хирургия (кардиохирургические койки)	1,34	9,7	13,00	11,88	1,12
Сердечно-сосудистая хирургия (койки сосудистой хирургии)	1,26	10,3	12,98	12,58	0,40
Терапия***	19,20	10,1	193,92	193,92	0,00
Травматология и ортопедия	8,10	11,1	89,91	77,32	12,59
Урология (в т.ч. детская урология-андрология)	5,05	8,9	44,95	41,50	3,45
Хирургия (комбустиология)	0,35	13,5	4,73	3,47	1,26
Торакальная хирургия	0,40	13,3	5,32	4,95	0,37
Хирургия (в т.ч. абдоминальная хирургия, трансплантация органов и (или) тканей, трансплантация костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, пластическая хирургия)	21,75	8,9	193,58	174,22	19,36
Челюстно-лицевая хирургия, стоматология	1,25	7,7	9,63	7,81	1,82
Эндокринология	1,90	11,6	22,04	17,63	4,41
<b>Всего по базовой программе ОМС</b>	<b>174,43</b>	<b>9,3</b>	<b>1 620,74</b>	<b>1 349,26</b>	<b>271,48</b>
<b>в том числе для федеральных медицинских организаций третьего уровня*****</b>	<b>1,20</b>				
Психиатрия	4,80	66,2	317,76	298,07	19,69
Психиатрия- наркология	5,00	14,5	72,50	71,05	1,45
Фтизиатрия	1,50	92,9	139,35	124,02	15,33



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

Профиль медицинской помощи **	Рекомендуемое число случаев госпитализации (на 1000 жителей в год)	Используемая при расчете средняя длительность пребывания 1-ого пациента в стационаре (дней)	Рекомендуемое число койко-дней (круглосуточного пребывания) на 1000 жителей		
			Всего	в том числе для	
				взрослых	детей
Дерматовенерология (венерологические койки)	0,50	15,0	7,50	6,50	1,00
Прочие профили, незастрахованные лица	2,80	8,0	22,40		
<b>Всего за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации</b>	<b>14,60</b>	<b>38,3</b>	<b>559,51</b>	<b>499,64</b>	<b>37,47</b>
<b>Всего по специализированной медицинской помощи в стационарных условиях</b>	<b>189,03</b>	<b>11,5</b>	<b>2 180,25</b>	<b>1 885,10</b>	<b>309,58</b>

\*) 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. № 555н "Об утверждении коечного фонда по профилям медицинской помощи"

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

\*\*\*\*\*) в среднем по Российской Федерации

**Рекомендуемые дифференцированные нормативы объема медицинской помощи,  
оказываемой за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации,  
на 2019 год**

Субъект Российской Федерации	Коэффициент дифференциации объема медицинской помощи	Рекомендуемый территориальный норматив объема медицинской помощи, оказанной за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта РФ, с учетом коэффициента дифференциации объема медицинской помощи в расчете на 1-го жителя				
		посещений с профилактической целью	обращений в связи с заболеваниями	случаев госпитализации в стационар	случаев лечения в дневном стационаре	койко-дней по паллиативной медицинской помощи
	1	2	3	4	5	6
<b>Центральный ФО</b>						
Белгородская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Брянская область	0,900	0,66-0,73	0,130-0,144	0,0131-0,0146	0,0036-0,004	0,083-0,092
Владимирская область	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
Воронежская область	1,300	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Ивановская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Калужская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Костромская область	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
Курская область	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
Липецкая область	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
Московская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Орловская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Рязанская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Смоленская область	1,000	0,730	0,144	0,0146	0,004	0,092
Тамбовская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Тверская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Тульская область	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
Ярославская область	0,900	0,66-0,73	0,130-0,144	0,0131-0,0146	0,0036-0,004	0,083-0,092
г. Москва	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
<b>Северо-Западный ФО</b>						
Республика Карелия	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Республика Коми	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
Архангельская область	0,900	0,66-0,73	0,130-0,144	0,0131-0,0146	0,0036-0,004	0,083-0,092
Ненецкий АО	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Вологодская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Калининградская область	0,900	0,66-0,73	0,130-0,144	0,0131-0,0146	0,0036-0,004	0,083-0,092
Ленинградская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Мурманская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Новгородская область	1,100	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Псковская область	1,200	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
г. Санкт-Петербург	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
<b>Южный ФО</b>						
Республика Адыгея	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
Республика Калмыкия	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Краснодарский край	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Астраханская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Волгоградская область	0,900	0,66-0,73	0,130-0,144	0,0131-0,0146	0,0036-0,004	0,083-0,092
Ростовская область	0,900	0,66-0,73	0,130-0,144	0,0131-0,0146	0,0036-0,004	0,083-0,092
Республика Крым	1,300	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
г. Севастополь	1,100	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
<b>Северо-Кавказский ФО</b>						
Республика Дагестан	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
Республика Ингушетия	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Кабардино-Балкарская Республика	1,200	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Карачаево-Черкесская Республика	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Республика Северная Осетия-Алания	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Чеченская Республика	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Ставропольский край	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092

Субъект Российской Федерации	Коэффициент дифференциации объема медицинской помощи	Рекомендуемый территориальный норматив объема медицинской помощи, оказанной за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта РФ, с учетом коэффициента дифференциации объема медицинской помощи в расчете на 1-го жителя				
		посещений с профилактической целью	обращений в связи с заболеваниями	случаев госпитализации в стационар	случаев лечения в дневном стационаре	койко-дней по паллиативной медицинской помощи
	1	2	3	4	5	6
<b>Приволжский ФО</b>						
Республика Башкортостан	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
Республика Марий Эл	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
Республика Мордовия	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Республика Татарстан	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
Удмуртская Республика	1,000	0,730	0,144	0,0146	0,004	0,092
Чувашская Республика	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Пермский край	1,300	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Кировская область	0,900	0,66-0,73	0,130-0,144	0,0131-0,0146	0,0036-0,004	0,083-0,092
Нижегородская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Оренбургская область	1,100	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Пензенская область	0,900	0,66-0,73	0,130-0,144	0,0131-0,0146	0,0036-0,004	0,083-0,092
Самарская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0102-0,0146	0,0028-0,004	0,064-0,092
Саратовская область	0,900	0,66-0,73	0,130-0,144	0,0131-0,0146	0,0036-0,004	0,083-0,092
Ульяновская область	1,200	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
<b>Уральский ФО</b>						
Курганская область	1,300	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Свердловская область	1,200	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Тюменская область	0,900	0,66-0,73	0,130-0,144	0,0131-0,0146	0,0036-0,004	0,083-0,092
Ханты-Мансийский АО	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
Ямало-Ненецкий АО	1,100	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Челябинская область	1,300	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
<b>Сибирский ФО</b>						
Республика Алтай	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0117-0,0146	0,0032-0,004	0,074-0,092
Республика Бурятия	0,900	0,66-0,73	0,130-0,144	0,0131-0,0146	0,0036-0,004	0,083-0,092
Республика Тыва	1,300	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Республика Хакасия	1,300	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Алтайский край	1,300	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Забайкальский край	1,200	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Красноярский край	1,300	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Иркутская область	1,300	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Кемеровская область	1,300	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Новосибирская область	1,300	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Омская область	1,000	0,730	0,144	0,0146	0,004	0,092
Томская область	0,900	0,66-0,73	0,130-0,144	0,0131-0,0146	0,0036-0,004	0,083-0,092
<b>Дальневосточный ФО</b>						
Республика Саха (Якутия)	1,300	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Камчатский край	1,000	0,730	0,144	0,0146	0,004	0,092
Приморский край	1,300	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Хабаровский край	1,300	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Амурская область	1,300	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Магаданская область	1,000	0,730	0,144	0,0146	0,004	0,092
Сахалинская область	1,300	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Еврейская автономная область	1,300	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*
Чукотский автономный округ	1,300	0,73*	0,144*	0,0146*	0,004*	0,092*

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

**Рекомендуемые коэффициенты дифференциации, применяемые  
при расчете нормативов финансового обеспечения  
территориальных программ государственных гарантий  
бесплатного оказания гражданам медицинской помощи за счет  
бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской  
Федерации**

№ п/п	Субъекты Российской Федерации	Коэффициент дифференциации, применяемый при расчете нормативов финансового обеспечения территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации
1	Белгородская область	1,000
2	Брянская область	1,000
3	Владимирская область	1,000
4	Воронежская область	1,000
5	Ивановская область	1,000
6	Калужская область	1,000
7	Костромская область	1,000
8	Курская область	1,000
9	Липецкая область	1,000
10	Московская область	1,098
11	Орловская область	1,000
12	Рязанская область	1,000
13	Смоленская область	1,000
14	Тамбовская область	1,000
15	Тверская область	1,000
16	Тульская область	1,000
17	Ярославская область	1,000
18	г. Москва	1,509
19	Республика Карелия	1,382
20	Республика Коми	1,602
21	Архангельская область	1,542
22	Вологодская область	1,089
23	Калининградская область	1,000
24	Ленинградская область	1,002
25	Мурманская область	1,636
26	Новгородская область	1,000
27	Псковская область	1,000
28	г. Санкт-Петербург	1,186
29	Ненецкий а.о.	3,400
30	Республика Адыгея	1,000
31	Республика Калмыкия	1,035
32	Республика Крым	1,000
33	Краснодарский край	1,000
34	Астраханская область	1,000
35	Волгоградская область	1,000
36	Ростовская область	1,001
37	г. Севастополь	1,000
38	Республика Дагестан	1,005
39	Республика Ингушетия	1,000
40	Кабардино-Балкарская Республика	1,000

№ п/п	Субъекты Российской Федерации	Коэффициент дифференциации, применяемый при расчете нормативов финансового обеспечения территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъекта Российской Федерации
41	Карачаево-Черкесская Республика	1,000
42	Республика Северная Осетия-Алания	1,014
43	Чеченская Республика	1,000
44	Ставропольский край	1,002
45	Республика Башкортостан	1,078
46	Республика Марий Эл	1,000
47	Республика Мордовия	1,000
48	Республика Татарстан	1,000
49	Удмуртская Республика	1,075
50	Чувашская Республика	1,000
51	Пермский край	1,078
52	Кировская область	1,049
53	Нижегородская область	1,003
54	Оренбургская область	1,075
55	Пензенская область	1,005
56	Самарская область	1,000
57	Саратовская область	1,001
58	Ульяновская область	1,000
59	Курганская область	1,075
60	Свердловская область	1,079
61	Тюменская область	1,081
62	Челябинская область	1,080
63	Ханты-Мансийский а.о.— Югра	1,589
64	Ямало-Ненецкий а.о.	2,571
65	Республика Алтай	1,829
66	Республика Бурятия	1,361
67	Республика Тыва	1,572
68	Республика Хакасия	1,300
69	Алтайский край	1,105
70	Забайкальский край	1,268
71	Красноярский край	1,440
72	Иркутская область	1,284
73	Кемеровская область	1,150
74	Новосибирская область	1,100
75	Омская область	1,075
76	Томская область	1,344
77	Республика Саха (Якутия)	3,393
78	Камчатский край	3,415
79	Приморский край	1,309
80	Хабаровский край	1,507
81	Амурская область	1,393
82	Магаданская область	3,502
83	Сахалинская область	1,761
84	Еврейская автономная область	1,454
85	Чукотский автономный округ	3,750

**Рекомендуемые поправочные коэффициенты стоимости обращения с учетом кратности посещений по поводу заболеваний по основным специальностям**

Специальности	Среднее число посещений по поводу заболеваний в одном обращении	Поправочный коэффициент кратности посещений в одном обращении	Относительный коэффициент стоимости посещения с учетом специальности *	Поправочный коэффициент стоимости обращения (гр.3 x гр.4)
1	2	3	4	5
Кардиология и ревматология	3,1	1,07	0,9740	1,04
Педиатрия	2,8	0,97	1,2900	1,25
Терапия	2,7	0,95	0,8554	0,81
Эндокринология	2,5	0,86	1,7598	1,52
Аллергология	2,6	0,90	1,6206	1,45
Неврология	2,9	1,01	1,0148	1,02
Инфекционные болезни	2,4	0,82	1,2842	1,05
Хирургия	3,0	1,04	0,9113	0,94
Урология	2,6	0,90	0,7374	0,66
Акушерство-гинекология	3,8	1,30	1,1941	1,55
Оториноларингология	4,1	1,41	0,7102	1,00
Офтальмология	3,8	1,30	0,6088	0,79
Дерматология	4,2	1,44	0,7348	1,06
Венерология	2,7	0,93	0,8962	0,83
<b>ИТОГО:</b>	<b>2,9</b>	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>

При планировании объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по профилю «гериатрия», учитываются посещения врача-гериатра, в том числе для проведения комплексной оценки в соответствии с нормативными правовыми и иными актами Минздрава России. Оплата этих посещений осуществляется в соответствии с тарифным соглашением и Методическими рекомендациями.

\*) размер относительного коэффициента стоимости посещения по поводу заболевания применим и для посещения с профилактической целью.

Объем медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактическими и иными целями, на 1 жителя/застрахованное лицо на 2019 год

№ строки	Показатель (на 1 жителя/застрахованное лицо)	Источник финансового обеспечения	
		Бюджетные ассигнования бюджета субъекта РФ	Средства ОМС
1	Территориальный норматив посещений с профилактическими и иными целями, всего (сумма строк 2+9), в том числе:		
2	I. Объем посещений с профилактическими целями (сумма строк 3+6+7+8), в том числе:		
3	1) норматив объема для проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, всего (сумма строк 4+5), том числе:		
4	а) норматив объема для проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе при первом посещении по поводу диспансерного наблюдения		
5	б) норматив объема для проведения профилактических медицинских осмотров в рамках диспансеризации (1-ый этап)		
6	2) объем посещений для проведения диспансеризации определенных групп населения (2-й этап)		
7	3) объем посещений для проведения диспансерного наблюдения		
8	4) объем посещений центров здоровья		
9	II. Объем посещений с иными целями (сумма строк 10+11+12+13+14), в том числе:		
10	1) объем разовых посещений связи с заболеванием		
11	2) объем посещений по медицинской реабилитации		
12	3) объем посещений в связи с оказанием паллиативной медицинской помощи		
13	4) объем посещений медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием		
14	5) объем посещений с другими целями (патронаж, выдача справок и иных медицинских документов и др.)		

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

### 1. Медицинская помощь в стационарных условиях

#### 1.1. Определение абсолютного количества коек (К):

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

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

$H$  – численность населения;

$D$  – среднегодовая занятость койки.

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

#### 1.2. Определение фактической среднегодовой занятости койки (Д):

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

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

$t_o$  – 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;  $H = 1\,000\,000$  человек;  $t_r = 10,0$  дней;  $t_o = 1,0$  день,

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

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

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

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



## 2. Медицинская помощь в амбулаторных условиях

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

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

- В – число врачебных должностей;
- П – утвержденный норматив посещений на одного жителя в год;
- Н – численность населения;
- Φ – функция врачебной должности (плановое число посещений на 1 врачебную должность в год).

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

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

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

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

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

P<sub>ф</sub> - фактическое число посещений;

P<sub>н</sub> - плановое, нормативное число посещений.

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

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

$$K_r = O_f : O_n, \text{ где:}$$

O<sub>ф</sub> - фактический оборот койки, как отношение фактической занятости койки (U<sub>ф</sub>) к фактическим срокам лечения (B<sub>ф</sub>)

O<sub>н</sub> - нормативный оборот койки, как нормативная занятость койки (U<sub>н</sub>) к нормативному сроку лечения (B<sub>н</sub>)

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

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

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

K<sub>с</sub> – коэффициент целевого использования коечного фонда,

U<sub>с</sub> – 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<sub>о</sub> – общее количество госпитализированных больных

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

$$Kэ = Kг \times Kс$$

Экономический ущерб определяется по формуле:

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

$У$  – экономический ущерб в рублях

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

$Kэ$  – коэффициент экономической эффективности использования коечного фонда

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

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

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

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

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

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

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

**Расчет норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего в том числе методы лечения), финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования**

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

- $НЗ_{\Phi}$  – фактический норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего в том числе методы лечения), включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования;
- $НЗ_{ПГГ}$  – норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего в том числе методы лечения), включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, установленный Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- $K_{\text{диф}}$  – коэффициент дифференциации, рассчитываемый в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05 мая 2012 г. № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования»;
- $d$  – доля норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего в том числе методы лечения), включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, установленного Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (НЗПГГ), к которой применяется коэффициент дифференциации.

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

### Нормативы

финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования

Наименование профиля ВМП	№ группы ВМП	Норматив финансовых затрат, рублей	Доля норматива, индексируемая на коэффициент дифференциации, %
Абдоминальная хирургия	1	162 105	15
Абдоминальная хирургия	2	173 690	30
Акушерство и гинекология	3	123 231	30
Акушерство и гинекология	4	186 119	30
Гастроэнтерология	5	129 966	15
Гематология	6	144 696	30
Гематология	7	435 676	15
Детская хирургия в период новорожденности	8	248 435	45
Дерматовенерология	9	97 679	30
Комбустиология	10	507 369	45
Комбустиология	11	1 517 854	30
Нейрохирургия	12	157 300	30
Нейрохирургия	13	241 904	15
Нейрохирургия	14	155 229	15
Нейрохирургия	15	223 119	15
Нейрохирургия	16	281 752	30
Нейрохирургия	17	382 846	30
Неонатология	18	242 943	15
Неонатология	19	354 925	15
Онкология	20	123 304	30
Онкология	21	94 182	45
Онкология	22	129 950	30
Оториноларингология	23	110 160	30
Оториноларингология	24	65 788	30
Офтальмология	25	68 947	30
Офтальмология	26	84 869	30
Педиатрия	27	79 759	30
Педиатрия	28	167 738	15
Педиатрия	29	95 133	30
Ревматология	30	127 299	30
Сердечно-сосудистая хирургия	31	167 782	15
Сердечно-сосудистая хирургия	32	230 700	15
Сердечно-сосудистая хирургия	33	293 619	15
Сердечно-сосудистая хирургия	34	149 816	15
Сердечно-сосудистая хирургия	35	205 997	15
Сердечно-сосудистая хирургия	36	262 178	15
Сердечно-сосудистая хирургия	37	241 421	40

Сердечно-сосудистая хирургия	38	136 058	30
Сердечно-сосудистая хирургия	39	254 503	15
Сердечно-сосудистая хирургия	40	226 346	30
Сердечно-сосудистая хирургия	41	336 507	45
Торакальная хирургия	42	140 253	15
Торакальная хирургия	43	245 132	15
Травматология и ортопедия	44	135 345	15
Травматология и ортопедия	45	201 193	15
Травматология и ортопедия	46	263 606	30
Травматология и ортопедия	47	141 561	30
Травматология и ортопедия	48	200 562	40
Травматология и ортопедия	49	335 626	15
Урология	50	91 694	30
Урология	51	134 626	30
Челюстно-лицевая хирургия	52	119 167	30
Эндокринология	53	182 087	15
Эндокринология	54	98 903	30