

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО
от 22 декабря 2011 г. N 20-2/10/1-8234

**О ФОРМИРОВАНИИ И ЭКОНОМИЧЕСКОМ ОБОСНОВАНИИ
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ
ГРАЖДАНAM РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ НА 2012 ГОД**

Во исполнение пункта 2 Постановления Правительства Российской Федерации от 21 октября 2011 г. N 856 "О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год" Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации направляет разъяснения некоторых вопросов формирования и экономического обоснования территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год (далее - территориальная программа государственных гарантий).

1. Субъект Российской Федерации утверждает стоимость территориальной программы государственных гарантий в качестве приложения к территориальной программе государственных гарантий по форме, приведенной в приложении N 1.

2. Установленные объемы медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, должны включать, в том числе, объемы медицинской помощи в рамках реализации национального проекта "Здоровье" и обеспечения отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами и служат основой для формирования государственного (муниципального) задания по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Нормативы объема медицинской помощи, в том числе предоставляемых за счет средств обязательного медицинского страхования (далее - ОМС), указываются в текстовой части территориальной программы государственных гарантий.

3. При формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий и при определении объема финансового обеспечения территориальных программ ОМС следует учитывать численность работников организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда, а также населения закрытых административно-территориальных образований, наукоградов Российской Федерации, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами.

4. Порядок разработки и финансирования выполнения государственных (муниципальных) заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи за счет средств бюджетов всех уровней (за исключением средств ОМС), а также контроль за их реализацией осуществляются в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 6 мая 2003 г. N 255 "О разработке и финансировании выполнения заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и контроле за их реализацией".

Законодательством Российской Федерации не предусмотрено включение в государственные (муниципальные) задания по выполнению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи государственных услуг на частично платной или платной основе.

5. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения, финансируется за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь, оказываемая в амбулаторных и стационарных условиях медицинскими организациями, работающими в системе ОМС, по заболеваниям и состояниям, входящим в базовую программу ОМС (далее - базовая программа), оплачивается за счет средств ОМС.

6. В целях повышения эффективности оказания гражданам скорой медицинской помощи и первичной медико-санитарной помощи в структуре медицинских организаций могут создаваться подразделения, оказывающие первичную медико-санитарную помощь в неотложной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.

Единицей объема является посещение медицинской организации и посещение на дому.

Для экономического обоснования расходов на неотложную медицинскую помощь рекомендуется использовать усредненные показатели в расчете на одного человека в год: 0,96

посещений, в том числе 0,9 посещения медицинских организаций и 0,06 посещения на дому. Расчетные показатели объема неотложной медицинской помощи входят в норматив - 9,7 посещения и подушевой норматив финансового обеспечения, предусмотренный Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 21 октября 2011 г. N 856 (далее - Программа), - 7 633,4 рубля.

Расчетная стоимость одного посещения в среднем (включая затраты на приобретение лекарственных средств и медицинских изделий) - 323,0 рубля, 229,0 рублей - в медицинской организации и 1 169,4 рублей - на дому (включая затраты на содержание автомобилей и транспортные расходы). Оплата неотложной медицинской помощи осуществляется за счет средств ОМС. При этом тариф по ОМС на посещение в связи с оказанием неотложной медицинской помощи на дому в рамках базовой программы не включает затраты на содержание автомобилей и транспортные расходы. Затраты, не включенные в тариф ОМС, осуществляются за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации и местных бюджетов (в случае наделения в соответствии с законом субъекта Российской Федерации органов местного самоуправления полномочием субъекта Российской Федерации по решению вопросов организации оказания медицинской помощи).

7. Для медицинских учреждений, в составе которых на функциональной основе созданы Центры здоровья, единицей объема первичной медико-санитарной помощи является посещение:

- впервые обратившихся граждан в отчетном году для проведения комплексного обследования;
- обратившихся граждан для динамического наблюдения, по рекомендации врача Центра здоровья.

Посещения учитываются в нормативе объема амбулаторной медицинской помощи и составляют 0,1 посещения на 1 жителя в год.

Медицинские учреждения, в которых созданы Центры здоровья, участвуют в реализации территориальной программы ОМС в части оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи в этих структурных подразделениях.

Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной в Центрах здоровья, в том числе во врачебно-физкультурных диспансерах, центрах планирования семьи и репродукции, центрах охраны репродуктивного здоровья подростков и центрах медицинской профилактики осуществляется за счет средств системы ОМС на основе реестров счетов, заполненных в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (X пересмотра) по классу "Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения (Z00 - Z99)". При этом объемы оказанной первичной медико-санитарной помощи подлежат учету, экспертизе и оплате в соответствии с тарифами и способами оплаты данного вида медицинской помощи, принятыми в рамках тарифного соглашения, действующего на территории субъекта Российской Федерации.

Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной в Центрах здоровья гражданам, не подлежащим ОМС, осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

8. За счет средств ОМС оплачивается первичная медико-санитарная помощь, оказанная:

- средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием;
- врачами и средним медицинским персоналом в медицинских кабинетах и здравпунктах образовательных учреждений.

Оплата медицинской помощи осуществляется по способам оплаты, установленным территориальной программой государственных гарантий, и тарифам на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - тарифы), принятых тарифным соглашением.

9. В рамках территориальных программ государственных гарантий за счет средств ОМС осуществляется восстановительное лечение (медицинская реабилитация), оказываемое, в том числе, в условиях санаториев, как этап в общем процессе лечения отдельных заболеваний в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками ее оказания.

10. Объем медицинской помощи, предоставляемой в санаториях, в том числе детских и для детей с родителями, а также в больницах восстановительного лечения, не работающих в системе ОМС, не включается в норматив объема стационарной медицинской помощи на 1 человека в год в субъекте Российской Федерации.

11. 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 содержание одного из родителей, иного члена семьи или иного законного

представителя и финансируется за счет средств ОМС по видам медицинской помощи и заболеваниям, включенным в территориальную программу ОМС.

12. Объемы медицинской помощи рекомендуется корректировать с учетом особенностей возрастного-полового состава, уровня и структуры заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, климатогеографических условий региона, транспортной доступности медицинских организаций и расселения на территории субъекта Российской Федерации.

При определении размера предусмотренных Правительством Российской Федерации нормативов принято следующее соотношение детей (в возрасте от нуля до семнадцати лет включительно) и взрослых: 22% (коэффициент 0,22) и 78% (коэффициент 0,78) соответственно.

Рекомендуемые нормативы объема медицинской помощи в расчете на 1000 жителей необходимо, прежде всего, корректировать с помощью поправочных коэффициентов, учитывающих особенности демографического состава населения субъекта Российской Федерации.

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

Например, если в структуре населения субъекта Российской Федерации дети составляют 20% и взрослые - 80%, то поправочные коэффициенты составят: 0,91 для детского ($20 / 22 = 0,91$) и 1,03 для взрослого населения ($80 / 78 = 1,03$)

Для получения скорректированных расчетных нормативов числа койко-дней для взрослых и детей данной территории необходимо найти произведение соответствующих данных таблицы 2.1 приложения N 2 (Рекомендуемые объемы стационарной медицинской помощи для взрослых и детей) на поправочные коэффициенты (таблица 1).

Таблица 1

Пример коррекции норматива числа койко-дней на 1000 жителей по кардиологическому профилю для субъекта Российской Федерации

Показатель	Число койко-дней на 1000 жителей		
	в том числе для:		всего
	взрослых	детей	
Норматив по Программе	106,84	5,36	112,20
Поправочный коэффициент	1,03	0,91	-
Скорректированный норматив для субъекта Российской Федерации	110,05	4,88	114,93

Пример расчета: $106,84 \times 1,03 + 5,36 \times 0,91 = 114,93$ койко-дней на 1000 жителей = 0,11493 койко-дней на 1 человека.

Затем проводится корректировка рассчитанных нормативов объема медицинской помощи с учетом заболеваемости населения субъекта Российской Федерации с использованием как отчетных данных, так и результатов специальных исследований. По данным официальной статистической отчетности за предыдущий год анализируются состав больных в стационаре и число проведенных ими койко-дней в разрезе классов и групп заболеваний. По каждой группе заболеваний должны быть даны предложения по более эффективному использованию ресурсов и применению новых медицинских и организационных технологий (включая стационарозамещающие). В результате должен быть определен конкретный объем стационарной медицинской помощи, который необходимо оказать больным по профилям отделений с учетом уровня организации медицинской помощи.

Территориальные нормативы объема стационарной медицинской помощи корректируются по каждому уровню оказания медицинской помощи и профилю отделений, затем, путем суммирования, определяется скорректированный норматив объема стационарной медицинской помощи (число койко-дней на 1 человека) для данного субъекта Российской Федерации. Этот показатель, как правило, не должен превышать норматив объема стационарной помощи, установленный Программой.

В исключительных случаях превышение норматива может быть обосновано более высоким, чем в среднем по России, уровнем госпитализированной заболеваемости населения, демографическими особенностями региона, уровнем территориальной доступности бюджетных услуг (плотность транспортных путей постоянного действия, расселение и проживание жителей в труднодоступных, горных районах, районах с ограниченными сроками завоза груза, доля населения, проживающего в мелких населенных пунктах).

Для определения числа койко-дней для населения субъекта Российской Федерации необходимо величину скорректированного норматива числа койко-дней на 1 человека в субъекте Российской Федерации умножить на численность населения субъекта Российской Федерации по прогнозу Росстата на начало 2012 года.

В субъекте Российской Федерации может применяться более детальная разбивка населения (застрахованных лиц) по возрасту.

Аналогично проводятся коррекция и расчеты нормативов обеспечения потребности населения в амбулаторной медицинской помощи и медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневных стационаров (приложение N 2, таблицы 2.2 - 2.4). При условии установления территориальных нормативов объема стационарной и скорой медицинской помощи ниже нормативов, установленных Программой, допускается увеличение размера территориальных нормативов амбулаторной медицинской помощи по сравнению с нормативами, установленными Программой.

Рекомендуемые Программой нормативы объема скорой медицинской помощи необходимо корректировать с учетом территориальной доступности бюджетных услуг, особенностями расселения на территории субъекта Российской Федерации а также демографических особенностей региона.

Рекомендуется использование дифференцированных нормативов объема скорой медицинской помощи, рассчитанных на одного жителя в год, до 0,330 вызова для Пермского края, Республик Карелия, Коми, Бурятия, Саха (Якутия), Еврейской автономной области, Амурской, Томской, Мурманской, Тюменской областей и до 0,360 вызова для Красноярского, Камчатского, Хабаровского, Забайкальского краев, Архангельской, Сахалинской, Иркутской, Магаданской областей, Чукотского автономного округа.

Корректировка нормативов объема медицинской помощи осуществляется при условии сбалансированности территориальных объемов медицинской помощи по всем видам, наличия соответствующих ресурсов в регионе, а также отделения неотложной медицинской помощи от скорой.

Субъект Российской Федерации учитывает рекомендуемые объемы и относительные коэффициенты стоимости единиц объема медицинской помощи по основным профилям отделений и специальностям, при этом вправе самостоятельно расширять перечень специальностей в соответствии с уровнем оказания медицинской помощи и проводить коррекцию объемов по профилям отделений и специальностям в пределах рекомендуемых общих объемов медицинской помощи (приложение N 2, 3).

13. При определении территориальных нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи необходимо провести коррекцию путем умножения величины соответствующего федерального норматива по условиям медицинской помощи на величину районного коэффициента (рассчитанного с учетом районного коэффициента и надбавок к заработной плате за работу в местностях с тяжелыми климатическими условиями - в районах Крайнего севера и приравненных к ним местностях, в южных районах Восточной Сибири, Дальнего Востока и в высокогорных районах, пустынных и безводных местностях).

Например, территориальный норматив финансовых затрат на один койко-день в субъекте Российской Федерации с районным коэффициентом 1,1700 составит:

$$1380,6 \text{ руб.} \times 1,1700 = 1615,3 \text{ руб.}$$

Для расчета норматива финансовых затрат на один койко-день по профилю отделения и уровню оказания медицинской помощи необходимо территориальный норматив финансовых затрат на один койко-день умножить на соответствующий относительный коэффициент стоимости (таблица 3.1 приложения N 3).

Например, норматив финансовых затрат на один койко-день по кардиологическому профилю для взрослых на муниципальном уровне составит:

$$1615,3 \text{ руб.} \times 0,775 = 1251,9 \text{ руб.}$$

Аналогично рассчитываются нормативы финансовых затрат на одно посещение и один пациенто-день по специальностям (приложение N 3, таблицы 3.2 и 3.3).

Например, норматив финансовых затрат на одно посещение по кардиологии и ревматологии для взрослых составит:

$$218,1 \text{ руб.} \times 1,17 \times 0,9675 = 246,9 \text{ руб.}$$

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, в том числе за счет средств ОМС, следует указать в текстовой части территориальной программы государственных гарантий.

14. 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 объемов гарантируемой стоматологической помощи населению по территориальной программе государственных гарантий учитываются как посещения, так и условные единицы трудоемкости (далее - УЕТ). При пересчете УЕТ в посещения рекомендуется использовать переводные коэффициенты, сложившиеся в субъекте Российской Федерации в зависимости от используемых ресурсов и технологий, а также медицинские организации, оказывающие стоматологическую помощь. Для обоснования размера тарифа на стоматологическую помощь целесообразно устанавливать перечень лекарственных препаратов, медицинских изделий, необходимых для ее оказания в рамках территориальной программы государственных гарантий.

15. Прочие медицинские и иные услуги, в соответствии с разделом III Программы, предоставляются за счет средств соответствующих бюджетов в лепрозориях, центрах по профилактике и борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита и инфекционными заболеваниями, врачебно-физкультурных диспансерах, центрах планирования семьи и репродукции, центрах охраны репродуктивного здоровья подростков, центрах медицинской профилактики (за исключением первичной медико-санитарной помощи, включенной в базовую программу ОМС), центрах профессиональной патологии, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомических бюро, медицинских информационно-аналитических центрах, бюро медицинской статистики, на станциях переливания крови, в центрах крови, домах ребенка, включая специализированные, хосписах, домах (больницах) сестринского ухода, молочных кухнях и прочих медицинских организациях, не участвующих в реализации территориальной программы ОМС, которые включены в единую номенклатуру государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, утвержденную Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

16. При оказании медицинской помощи лицам, проживающим в других субъектах Российской Федерации, по видам и условиям, не включенным в территориальную программу ОМС, субъекты Российской Федерации вправе осуществлять взаимные расчеты в виде межбюджетных отношений на основании заключенных соглашений.

17. Предусмотренные Правительством Российской Федерации финансовые нормативы определены исходя из нормативов объема в расчете на одного человека по условиям оказания медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи без учета влияния районных коэффициентов.

Стоимость территориальной программы государственных гарантий формируется за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации и местных бюджетов (в случае наделения в соответствии с законом субъекта Российской Федерации органов местного самоуправления полномочием субъекта Российской Федерации по решению вопросов организации оказания медицинской помощи), а также средств ОМС на финансовое обеспечение территориальной программы ОМС.

Размер бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации и местных бюджетов (в случае наделения в соответствии с законом субъекта Российской Федерации органов местного самоуправления полномочием субъекта Российской Федерации по решению вопросов организации оказания медицинской помощи) на реализацию территориальной программы государственных гарантий определяется исходя из величины подушевого норматива финансового обеспечения Программы за счет средств соответствующих бюджетов (3530,5 руб.), районного коэффициента и численности населения субъекта Российской Федерации по прогнозу Росстата на начало 2012 года.

18. Для определения стоимости территориальной программы ОМС необходимо величину подушевого норматива ее финансового обеспечения за счет средств ОМС (4102,9 руб.) умножить на районный коэффициент и на численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации.

Формирование территориальных программ ОМС осуществляется создаваемой в субъектах Российской Федерации комиссией по разработке территориальной программы ОМС (далее - Комиссия), осуществляющей свою деятельность в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными Приказом Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 г. N 158н (далее - Правила). Порядок представления информации членами Комиссии определяется ее решением. Для формирования территориальной программы ОМС 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 объемов медицинской помощи, расчетные подушевые нормативы финансового обеспечения территориальной программы государственных гарантий с учетом размера бюджетных ассигнований на реализацию территориальной программы ОМС, установленного законом о бюджете территориального фонда ОМС;

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

- перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, необходимых для оказания стационарной медицинской помощи, медицинской помощи в дневных стационарах всех типов, а также медицинской помощи, предоставляемой в неотложной форме в амбулаторных условиях.

Объемы медицинской помощи по территориальной программе ОМС в рамках базовой программы определяются в расчете на 1 застрахованное лицо в год на основе нормативов, установленных Программой, и скорректированных с учетом особенностей возрастного-полового состава, уровня и структуры заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, климатогеографических условий региона, транспортной доступности медицинских организаций и расселения на территории субъекта Российской Федерации.

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

Норматив финансового обеспечения территориальной программы ОМС может превышать норматив, установленный базовой программой, в случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой, а также в случае установления перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой.

При установлении территориальной программой ОМС перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой, территориальная программа ОМС должна включать в себя также значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, значения норматива финансового обеспечения в расчете на одно застрахованное лицо, а также перечень направлений использования средств ОМС.

Для расчета показателей территориальной программы ОМС применяется прогнозная численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации на 1 января 2012 года с учетом данных регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц.

19. Субъектам Российской Федерации рекомендуется применять эффективные способы оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС, ориентированные на результат деятельности медицинских организаций (по законченному случаю, на основе подушевого финансового обеспечения оказания амбулаторной медицинской помощи в сочетании с оплатой за единицу объема оказанной медицинской помощи, по клинико-статистической группе болезней).

20. Объемы медицинской помощи, подлежащие оплате за счет средств ОМС, и соответствующие им финансовые средства отражаются в приложении N 1 к настоящему письму (раздел III таблицы 1.2 "Утвержденная стоимость территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год"). Включенные в территориальную программу ОМС дополнительно к базовой программе ОМС виды медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи и связанное с ними страховое обеспечение указываются отдельно от установленных базовой программой ОМС.

21. Органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и территориальными фондами ОМС, для подготовки проекта территориальной программы ОМС в рамках деятельности Комиссии, осуществляется расчет территориальных нормативов объемов медицинской помощи и соответствующих финансовых показателей на основе анализа статистических форм, данных персонализированного учета медицинской помощи, программ развития здравоохранения, сведений, поступивших от включенных в реестр медицинских организаций и включенных в реестр страховых медицинских организаций, профессиональных союзов или их объединений (ассоциаций).

22. Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС, распределяются решением Комиссии между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями.

При распределении объемов медицинской помощи учитываются:

- сведения органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации о видах медицинской помощи, мощности вошедших в реестр медицинских организаций государственных и муниципальных медицинских организаций, профилях медицинской помощи, врачебных специальностях;

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

- сведения медицинских организаций, представленные при подаче уведомления об участии в сфере ОМС, включающие:

- а) показатели, подтверждающие возможность медицинской организации по выполнению объемов медицинской помощи в разрезе видов, профилей медицинской помощи, врачебных специальностей в соответствии с правом на их осуществление;

- б) данные о застрахованных лицах, прикрепившихся для амбулаторно-поликлинического обслуживания, и их численность;

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

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

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

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

При этом учитывается расчетное потребление медицинской помощи застрахованными лицами по полу и возрасту и сложившееся потребление медицинской помощи застрахованными лицами конкретной страховой медицинской организацией по данным персонифицированного учета медицинской помощи за предыдущий период (квартал, год).

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 ОМС объемов медицинской помощи медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях и имеющих прикрепленных лиц, получивших полис ОМС в конкретном субъекте Российской Федерации, осуществляется исходя из их численности и половозрастной структуры, нормативов объема медицинской помощи на 1 застрахованное лицо в год, установленных территориальной программой государственных гарантий, с учетом климатогеографических условий региона, транспортной доступности медицинских организаций и расселения прикрепленного населения.

Медицинские организации в сроки, установленные Комиссией, представляют в страховые медицинские организации список прикрепившихся для амбулаторного обслуживания застрахованных лиц при заключении договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС (далее - договор) и последующее изменение списка на основе акта сверки численности по договору. Одновременно указанные сведения представляются медицинскими организациями в территориальный фонд ОМС.

Объемы медицинской помощи на застрахованных лиц, прикрепившихся к медицинской организации для оказания амбулаторной медицинской помощи, получивших полис ОМС в другом субъекте Российской Федерации, и соответствующие им финансовые средства учитываются территориальным фондом ОМС отдельно и используются при формировании нормированного страхового запаса.

Медицинским организациям, не имеющим прикрепленных застрахованных лиц, объемы медицинской помощи распределяются исходя из показателей объемов медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденных территориальной программой ОМС, с учетом мощности медицинской организации, профилей медицинской помощи, врачебных специальностей, видов медицинской помощи, условий ее оказания, показателей нагрузки медицинских работников, а также с учетом права выбора застрахованным лицом медицинской организации.

Медицинским организациям, оказывающим только диагностические услуги в соответствии с правом на их осуществление, и которым не может быть определен объем медицинской помощи в показателях, установленных Программой, распределение объема диагностических услуг осуществляется исходя из потребности включенных в реестр медицинских организаций по

выполнению стандартов медицинской помощи и порядков ее оказания, в случае отсутствия у медицинских организаций данных диагностических услуг или их недостаточности.

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

23. Финансовые средства для обеспечения объемов медицинской помощи гражданам, не идентифицированным в системе ОМС, а также не застрахованным в системе ОМС при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, входящих в базовую программу), отражаются в приложении N 1 к настоящему письму (пункт 3 раздела I таблицы 1.2).

24. 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 ОМС.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам медицинскими организациями, находящимися вне территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС, осуществляется по видам, включенным в базовую программу, по способам оплаты и тарифам, действующим на территории оказания медицинской помощи.

25. Тарифы устанавливаются в субъекте Российской Федерации тарифным соглашением. Формирование тарифов, включая их состав и структуру, осуществляется Комиссией в соответствии с законодательством Российской Федерации и исходя из предусмотренных Программой нормативов. Решением Комиссии является заключенное тарифное соглашение.

Медицинским организациям, оказывающим только диагностические и (или) консультативные услуги, устанавливаются тарифы за услугу и (или) консультацию.

В целях предоставления медицинской помощи в соответствии со стандартами и порядками медицинской помощи медицинские организации вправе учитывать в тарифах средства на оплату диагностических и (или) консультативных услуг по гражданско-правовым договорам.

Тарифы формируются в соответствии с методикой, установленной Правилами, на основе требований стандартов и порядков оказания медицинской помощи и являются едиными для медицинских организаций всех форм собственности, оказавших медицинскую помощь при конкретном заболевании или состоянии в рамках территориальной программы ОМС.

26. При внедрении стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, в условиях реализации региональных программ модернизации здравоохранения, в тарифном соглашении предусматриваются дифференцированные тарифы по внедряемым стандартам медицинской помощи, а оплата медицинской помощи осуществляется по законченному случаю.

Средства Федерального фонда ОМС и консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации, направляемые на внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами, в рамках региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации на 2011 - 2012 годы, учитываются отдельно от средств территориального фонда ОМС на территориальную программу ОМС.

27. Территориальная программа ОМС может включать в себя оказание медицинской помощи при отдельных заболеваниях и состояниях, не включенных в базовую программу, без соблюдения условия выполнения нормативов, установленных базовой программой, при сохранении объема финансового обеспечения территориальной программы ОМС не ниже уровня 2010 года, в том числе в пределах базовой программы.

Оказание медицинской помощи при социально значимых заболеваниях и состояниях, представляющих опасность для окружающих, значительно шире страхового случая, при возникновении которого оказывается и оплачивается медицинская помощь за счет средств ОМС. В этой связи включение в систему ОМС оплаты медицинской помощи при социально значимых заболеваниях и состояниях, представляющих опасность для окружающих, возможно лишь при наличии гарантий органов государственной власти о выполнении обязательств по социальной защите пациентов с названными заболеваниями.

28. Размер дефицита финансового обеспечения при формировании территориальной программы государственных гарантий рекомендуется определять как разность утвержденной субъектом Российской Федерации стоимости территориальной программы государственных гарантий и потребности в финансовом обеспечении территориальной программы государственных гарантий, которая определяется по формуле:

Потребность =	Установленный Правительством Российской Федерации на 2012 год подушевой норматив финансового обеспечения Программы за счет соответствующих бюджетов \times районный коэффициент \times прогноз численности постоянного населения субъекта Российской Федерации на 1 января 2012 г.	+	Установленный Правительством Российской Федерации на 2012 год подушевой норматив финансового обеспечения базовой программы \times районный коэффициент \times прогноз численности застрахованных по ОМС в субъекте Российской Федерации на 1 января 2012 года
---------------	--	---	---

Размер дефицита финансового обеспечения территориальной программы ОМС в рамках базовой программы ОМС в 2012 году рекомендуется определять как разность утвержденной субъектом Российской Федерации стоимости территориальной программы ОМС в рамках базовой программы и потребности в финансовом обеспечении территориальной программы ОМС, которая определяется исходя из подушевого норматива финансового обеспечения базовой программы, установленного Правительством Российской Федерации на 2012 год, с учетом районных коэффициентов, прогноза численности застрахованных по ОМС лиц на 1 января 2012 года.

29. Для определения размера бюджетных ассигнований, направляемых на содержание медицинских организаций, работающих в системе ОМС, следует найти разность стоимости территориальной программы ОМС по всем статьям расходов (полный тариф) и стоимости территориальной программы ОМС по статьям расходов, включенных в тариф по ОМС в рамках базовой программы.

30. Проведение заместительной почечной терапии методами гемодиализа и перитонеального диализа относится к специализированной медицинской помощи, оплачивается по тарифам, утвержденным в установленном порядке за счет средств ОМС, в том числе в части приобретения расходных материалов.

31. Методика планирования кадровых ресурсов и количества коек, необходимых для оказания бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации в рамках территориальной программы государственных гарантий, представлена в приложении N 4 и может быть рекомендована для обоснования и установления территориальных нормативов обеспеченности населения ресурсами (медицинскими кадрами и больничными койками).

Территориальной программой государственных гарантий устанавливается норматив обеспеченности населения медицинскими кадрами.

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

32. В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 21 октября 2011 г. N 856 территориальная программа государственных гарантий в виде приложений должна содержать условия оказания медицинской помощи, в том числе сроки ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке; перечни жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, необходимых для оказания стационарной медицинской помощи, медицинской помощи в дневных стационарах всех типов, а также скорой и неотложной медицинской помощи (в случае создания службы неотложной медицинской помощи); перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен; перечень медицинских учреждений и других медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы, в том числе территориальной программы ОМС; государственное (муниципальное) задание медицинским учреждениям и другим медицинским организациям, участвующим в реализации территориальной программы государственных гарантий, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС, структуру тарифов, а также целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи в соответствии с разделом VI Программы.

Следует учитывать, что показатели качества медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий рассчитываются:

- удовлетворенность населения медицинской помощью - в процентах от числа опрошенных;
- число лиц, страдающих социально значимыми болезнями, с установленным впервые в жизни диагнозом - на 100 000 населения;
- число лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами, - на 10 000 населения соответствующего возраста;
- смертность населения - на 1000 населения;
- смертность населения в трудоспособном возрасте - на 100 000 населения соответствующего возраста;
- смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний, онкологических заболеваний, внешних причин, в результате дорожно-транспортных происшествий - на 100 000 населения;
- материнская смертность - на 100 000 родившихся живыми;
- младенческая смертность - на 1000 родившихся живыми;
- охват населения профилактическими осмотрами, проводимыми с целью выявления туберкулеза (в процентах);
- охват населения профилактическими осмотрами, проводимыми с целью выявления онкологических заболеваний (в процентах).

33. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения, территориальные фонды ОМС, страховые медицинские организации обязаны информировать граждан о видах и объемах медицинской помощи, перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, отдельных медицинских технологий, 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.

34. Разграничение оказания бесплатной медицинской помощи гражданам и платных медицинских услуг (работ) осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Министр
Т.А.ГОЛИКОВА

Приложение 1

Таблица 1.1

Утвержденная стоимость территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи по источникам финансового обеспечения на 2012 год

Источники финансового обеспечения территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи	N строки	Утвержденная стоимость территориальной программы	
		всего (млн. руб.)	на одного человека (одно застрахованное лицо по ОМС) в год (руб.)
1	2	3	4
Стоимость территориальной программы государственных гарантий всего (сумма строк 02 + 03) в том числе:	01		
I. Средства консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации <*>	02		

II. Стоимость территориальной программы ОМС всего (сумма строк 04 + 05)	03		
1. Средства консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на содержание медицинских организаций, работающих в системе ОМС	04		
2. Стоимость территориальной программы ОМС за счет средств обязательного медицинского страхования (сумма строк 06 + 07 + 08 + 09) в том числе:	05		
2.1. субвенции из бюджета ФОМС в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 23.06.2011 N 496 <*>	06		
2.2. платежи бюджетов субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования в части базовой программы	07		
2.3. платежи бюджетов субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой	08		
2.4. прочие поступления	09		

<*> Без учета бюджетных ассигнований федерального бюджета на ОНЛС, реализацию национального проекта "Здоровье", целевые программы, а также средств по п. 1 разд. II по строке 04.

<*> Постановление Правительства Российской Федерации от 23.06.2011 N 496 "О порядке распределения, предоставления и расходования в 2012 году 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".

Таблица 1.2

Утвержденная стоимость территориальной программы
государственных гарантий оказания гражданам Российской
Федерации бесплатной медицинской помощи по условиям
ее предоставления на 2012 год

Медицинская помощь по источникам финансового обеспечения и условиям предоставления	N строки	Единица измерения	Территор. нормативы объемов медицинской помощи на 1-ого человека (по территориальной программе ОМС - на 1 застрахованное лицо) в год	Территор. нормат. финанс. затрат на единицу объема мед. помощи	Подушевые нормативы финансирования территориальной программы		Стоимость территориальной программы по источникам ее финансового обеспечения		в % к итогу	
					руб.		млн. руб.			
					за счет средств конс. бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС	за счет средств конс. бюджета субъекта РФ	средства ОМС		
А	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
I. Медицинская помощь, предоставляемая за счет консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации в том числе <*>:	01		X	X		X		X		
1. скорая медицинская помощь	02	вызов				X		X	X	
2. при заболеваниях, не включенных в территориальную программу ОМС:	03		X	X		X		X	X	
- амбулаторная помощь	04	посещение				X		X	X	
- стационарная помощь	05	к/день				X		X	X	

- в дневных стационарах	06	пациенто- день				X		X	X
3. при заболеваниях, включенных в базовую программу ОМС, гражданам Российской Федерации, не идентифицированным и не застрахованным в системе ОМС:	07		X	X		X		X	X
- скорая медицинская помощь	08	вызов	X	X	X	X		X	
- амбулаторная помощь	09	посещение	X	X	X	X		X	X
- стационарная помощь	10	к/день	X	X	X	X		X	X
- в дневных стационарах	11	пациенто- день	X	X	X	X		X	X
4. прочие виды медицинских и иных услуг	12		X	X		X		X	X
5. специализированная высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в медицинских организациях субъекта РФ	13	к/день	X	X		X		X	X
II. Средства консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на содержание медицинских организаций, работающих в системе ОМС:	14		X	X		X		X	
- скорая медицинская помощь	15	вызов	X	X		X		X	X
- амбулаторная помощь	16	посещение	X	X		X		X	X

- стационарная помощь	17	к/день	X	X		X		X	X
- мед. помощь в дневных стационарах	18	пациенто- день	X	X		X		X	X
III. Медицинская помощь в рамках территориальной программы ОМС:	19		X	X	X		X		
- скорая медицинская помощь (сумма строк 31 + 36)	20	вызов			X		X		X
- амбулаторная помощь (сумма строк 27 + 32 + 37)	21	посещение			X		X		X
- стационарная помощь (сумма строк 28 + 33 + 38)	22	к/день			X		X		X
- в дневных стационарах (сумма строк 29 + 34 + 39)	23	пациенто- день			X		X		X
- затраты на АУП ТФОМС	24		X	X	X		X		X
- затраты на АУП страховых медицинских организаций	25		X	X	X		X		X
в том числе: 1. Медицинская помощь, предоставляемая в рамках базовой программы ОМС лицам, получившим полис обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации	26		X	X	X		X		
- амбулаторная помощь	27	посещение			X		X		X
- стационарная помощь	28	к/день			X		X		X
- в дневных стационарах	29	пациенто- день			X		X		X

2. Медицинская помощь по видам и заболеваниям сверх базовой программы:	30		X	X	X		X		
- скорая медицинская помощь	31	вызов			X		X		X
- амбулаторная помощь	32	посещение			X		X		X
- стационарная помощь	33	к/день			X		X		X
- в дневных стационарах	34	пациенто- день			X		X		X
3. Затраты на медицинскую помощь, предоставляемую в рамках территориальной программы ОМС при переходе на одноканальное финансирование (расширение статей расходов):	35		X	X	X		X		
- скорая медицинская помощь	36	вызов	X		X		X		X
- амбулаторная помощь	37	посещение	X		X		X		X
- стационарная помощь	38	к/день	X		X		X		X
- в дневных стационарах	39	пациенто- день	X		X		X		X
3.1. в том числе на медицинскую помощь, предоставляемую по видам медицинской помощи и заболеваниям в рамках базовой программы ОМС	40		X	X	X		X		
- амбулаторная помощь	41	посещение	X		X		X		X
- стационарная помощь	42	к/день	X		X		X		X

- в дневных стационарах	43	пациенто- день	X		X		X		X
ИТОГО (сумма строк 01 + 14 + 19)	44		X	X					100

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

Приложение 2

Таблица 2.1

Рекомендуемые объемы стационарной медицинской помощи по профилям отделений <*>

Профиль отделений	Уровень госпитализации (число госпитализаций на 1000 жителей в год)	Средняя длительность пребывания 1-ого больного в стационаре (дней)	Число койко-дней (круглосуточного пребывания) на 1000 жителей		
			всего	в том числе для	
А	1	2	3	4	5
Кардиологические	7,2	17,5	126,92	121,56	5,36
Ревматологические	0,8	20,4	16,33	15,69	0,64
Гастроэнтерологические	3,0	14,2	43,16	33,93	9,23
Пульмонологические	2,8	15,8	44,35	36,54	7,81
Эндокринологические	1,5	16,4	24,61	22,75	1,86
Нефрологические	1,4	9,7	13,57	8,61	4,96

Гематологические	0,7	16	11,17	8,58	2,59
Аллергологические	0,4	14,8	5,94	5,22	0,72
Педиатрические	12,6	9	113,24	-	113,24
Терапевтические	21,7	12,6	290,04	290,04	-
Патология недоношенных и новорожденных	1,9	27,5	52,22	-	52,22
Травматологические	6,5	12,4	80,94	72,36	8,58
Ортопедические	1,2	20	24,05	19,14	4,91
Урологические	4,1	9,5	38,91	36,07	2,84
Нейрохирургические	2	8,8	17,63	16,28	1,35
Ожоговые	0,4	17,4	6,96	5,11	1,85
Челюстно-лицевой хирургии	1,1	6,9	7,62	6,18	1,44
Торакальной хирургии	0,5	14	6,98	6,49	0,49
Проктологические	0,6	9,8	5,87	5,49	0,38
Кардиохирургические	0,9	12,4	11,12	10,26	0,86
Сосудистой хирургии	1,2	13,55	16,26	15,83	0,43
Хирургические	26,5	8,3	219,75	197,74	22,01
Онкологические	6,2	13,4	83,24	80,57	2,67
Гинекологические	20	6,1	122,13	121,41	0,72
Оториноларингологические	5,7	6,7	38,23	25,49	12,74
Офтальмологические	4,5	8,4	37,87	32,21	5,66
Неврологические	9,5	15,3	145,59	133	12,59
Дерматологические	2,8	14,3	40,17	32,59	7,58
Инфекционные	14,9	9,5	141,93	71,06	70,87
Для беременных и рожениц	7,8	5,6	43,68	43,68	-
Патологии беременности	5	11,2	56,0	56,0	-
Для производства абортов	4,8	1,5	7,24	7,24	-
Психиатрические	6	79,5	477,44	451,72	25,72
Наркологические	8,6	21	180,34	176,74	3,6
Фтизиатрические	2,6	82,3	214,89	195,57	19,32
Венерологические	0,6	21	13,61	12,01	1,6
ВСЕГО	196	14,2	2 780,00	2373,16	406,84
----- <*> Включая объемы стационарной медицинской помощи, оказываемой по профилю "восстановительное лечение (медицинская реабилитация)".					

Таблица 2.2

Средние показатели, рекомендуемые для расчета территориального норматива посещений в год на 1000 жителей по специальностям (включая посещения, связанные с неотложной медицинской помощью)

Специальности	Число посещений на 1 000 жителей		
	всего	в том числе для	
		взрослых	детей
Кардиология и ревматология	215,6	182,8	32,8
Педиатрия	1 016,3	-	1 016,3
Терапия	2 127,1	2 127,1	-
Эндокринология	81,8	79,9	1,9
Аллергология	9,7	6,7	3,0
Неврология	455,4	400,0	55,4
Инфекционные болезни	23,2	11,2	12,0
Хирургия	823,6	717,1	106,5
Урология	99,8	96,3	3,5
Стоматология	1572,1	1278,7	293,4
Акушерство и гинекология	665,2	664,1	1,1
Оториноларингология	503,8	367,2	136,6
Офтальмология	454,5	367,2	87,3
Дерматология	411,9	363,5	48,4
Психиатрия	287,3	243,9	43,4
Наркология	137,5	137,5	-
Фтизиатрия	185,6	167,4	18,2
Венерология	127,6	127,6	-
Профилактические посещения, в том числе центров здоровья	300,0	179,8	120,2
Посещения среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием	202,0	202,0	-
Всего	9700,0	7720,0	1980,0
в том числе по базовой программе ОМС	8962,0	7043,6	1918,4

Таблица 2.3

Средние показатели, рекомендуемые для расчета территориального норматива профилактических посещений в год на 1000 жителей по специальностям

Специальности	Число посещений на 1 000 жителей		
	всего	в том числе для	
		взрослых	детей
Кардиология и ревматология	8,8	-	8,8
Педиатрия	212,2	-	212,2
Терапия	106,9	105,6	1,3
Эндокринология	25,5	25,4	0,1
Аллергология	0,2	-	0,2
Неврология	18,7	-	18,7
Инфекционные болезни	1,5	-	1,5
Хирургия	60,9	33,8	27,1
Урология	2,2	-	2,2
Стоматология	108,2	53,3	54,9
Акушерство и гинекология	234,0	234,0	-
Оториноларингология	48,6	-	48,6

Офтальмология	52,4	-	52,4
Дерматология	41,6	-	41,6
Профилактические посещения, в том числе центров здоровья	300,0	179,8	120,2
Всего	1221,7	631,9	589,8

Таблица 2.4

Рекомендуемые объемы для расчета территориального норматива пациенто-дней лечения в дневных стационарах всех типов в год на 1000 жителей по специальностям

Специальности	Всего пациенто-дней на 1 000 жителей		
	всего	в том числе для	
		взрослых	детей
Кардиология и ревматология	6,7	5,7	1
Педиатрия	175,6	-	175,6
Терапия	140,7	140,7	-
Эндокринология	1,7	1,3	0,4
Аллергология	1,6	0,2	1,4
Неврология	46	29,4	16,6
Инфекционные болезни	5	1,3	3,7
Хирургия	28,3	20,3	8
Урология	2,2	1,9	0,3
Стоматология	0,6	0,4	0,2
Акушерство и гинекология	44,9	42	2,9
Оториноларингология	10,2	4,3	5,9
Офтальмология	8,2	4,1	4,1
Дерматология	18,3	12	6,3
Психиатрия	64	35,3	28,7
Наркология	7,2	7,2	-
Фтизиатрия	26,8	21,8	5
Венерология	2	0,9	1,1
Всего	590	328,8	261,2
из них по базовой программе ОМС	490	263,6	226,4

Относительные коэффициенты стоимости одного койко-дня госпитализации по профилям отделений и уровням оказания медицинской помощи <*>

<*> За единицу принят установленный Программой норматив финансовых затрат на 1 койко-день.

Профиль отделений	Субъект РФ		Городской округ		Муниципальный район	
	взрослые	дети	взрослые	дети	взрослые	дети
Кардиологические	1,1178	1,1584	0,9129	0,9271	0,7750	0,7851
Ревматологические	1,2203	1,1949	0,9434	0,9454	0,8318	0,8328
Гастроэнтерологические	1,2172	1,2172	0,9494	0,9535	0,8399	0,8439
Пульмонологические	1,2355	1,2020	0,9931	0,9890	0,8521	0,8470
Эндокринологические	1,3304	1,2030	0,9018			
Нефрологические	1,2664	1,1899				
Гематологические	1,4262	1,4495	1,0620	1,1199	0,9139	0,9687
Аллергологические	1,3136	1,2781	0,9829	0,9789	0,8480	0,8439
Педиатрические		1,1838		0,9758		0,8470
Терапевтические	1,1330		0,9018		0,7912	
Патология недоношенных и новорожденных		1,5986		1,1604		1,0255
Травматологические	1,2892	1,3227	1,1229	1,0042	0,9261	0,9535
Ортопедические	1,2477	1,3014	1,1229	1,0103	0,9261	0,9413
Урологические	1,2690	1,4363	0,9596	1,0478	0,9200	0,9920
Нейрохирургические	1,3684	1,4820	1,0529	1,1401	1,0032	1,0742
Ожоговые	1,9577	1,9577	1,6656	1,6656	1,4120	1,4120
Челюстно-лицевой хирургии	1,4211	1,3724	1,0499	0,9281	0,9494	0,9697
Торакальной хирургии	1,8745	1,8745	1,5702	1,4870	1,3887	1,2324
Проктологические	1,2882	1,2882	1,0417	1,0417	0,9545	0,9545
Кардиохирургические	2,8230	2,8230	2,2843	2,2843	1,0590	1,0590
Сосудистой хирургии	1,7447	1,7447	1,2862	1,2862	1,2365	1,2365

Хирургические	1,3988	1,4647	1,0438	1,1168	1,0397	0,9707
Онкологические	1,6696	1,5783	1,3461	1,3461	0,9900	0,9900
Гинекологические	1,2213	1,2213	1,1880	1,0336	0,9109	1,047
Оториноларингологические	1,2233	1,2416	0,9515	0,9829	0,8865	0,9058
Офтальмологические	1,3268	1,3126	1,0367	1,0661	1,0012	1,0559
Неврологические	1,2223	1,2426	0,9018	0,9200	0,8196	1,0154
Дерматологические	1,0914	1,0539	0,8257	0,9129	0,8196	0,8257
Инфекционные	1,2193	1,4039	0,9991	1,0854	0,9170	0,9971
Для беременных и рожениц	1,5672	1,5672	1,2720	1,2720	1,0417	1,0417
Патологии беременности	1,5114	1,5114	1,3126	1,3126	1,0712	1,0712
Для производства абортов					1,0722	
Психиатрические	1,0073	1,0073	1,0073	1,0073	1,0073	1,0073
Наркологические	1,0103	1,0103	0,8916	0,8916	0,5538	0,5538
Фтизиатрические	0,8348	0,8348	0,8348	0,8348	0,8348	0,8348
Венерологические	1,0914	1,0539	0,8257	0,9129	0,8196	0,8257

Таблица 3.2

Относительные коэффициенты стоимости одного посещения по специальностям

Специальности	Взрослые	Дети
1. Кардиоревматология	0,9675	1,0330
2. Педиатрия		0,8600
3. Терапия	0,8554	
4. Эндокринология	1,6377	2,2461
5. Аллергология	1,5296	1,7389
6. Неврология	0,9985	1,0724
7. Инфекционные болезни	1,2806	1,3010
8. Хирургия	0,9107	0,9144
9. Урология	0,7301	0,9189
10. Стоматология <*>	1,2022	1,5000
11. Акушерство и гинекология	1,2000	0,9576
12. Оториноларингология	0,7028	0,7267
13. Офтальмология	0,5607	0,7835
14. Дерматология	0,6790	0,8916
15. Психиатрия	1,2441	2,0118
16. Наркология	1,0792	
17. Фтизиатрия	1,0463	1,0429
18. Венерология	0,8962	

<*> Одно посещение к стоматологу включает не менее 4 УЕТ.

Таблица 3.3

Относительные коэффициенты стоимости одного пациенто-дня лечения в дневных стационарах всех типов по специальностям

Специальности	Взрослые	Дети
1. Кардиоревматология	0,9300	1,0343
2. Педиатрия	-	1,1300
3. Терапия	0,8510	-
4. Эндокринология	1,0674	1,1713
5. Аллергология	1,2789	1,2443
6. Неврология	0,8479	0,9877
7. Инфекционные болезни	0,9410	1,0236
8. Хирургия	1,1774	1,2068
9. Урология	0,9924	1,3984
10. Стоматология	1,3836	1,3362
11. Акушерство и гинекология	1,2620	1,1890
12. Оториноларингология	0,9902	1,0472
13. Офтальмология	1,0879	1,1819
14. Дерматология	0,8464	0,9413
15. Психиатрия	0,9806	0,9806
16. Наркология	0,8818	-
17. Фтизиатрия	0,8128	0,8128
18. Венерология	0,8423	0,9438

1. Методика планирования ресурсов для оказания стационарной медицинской помощи населению.

1.1. Определение абсолютного количества коек (К):

$$K = \frac{N_{к/д} \times H}{1000 \times Д}, \text{ где:}$$

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

H - численность населения;

$Д$ - среднегодовая занятость койки.

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

1.2. Определение фактической среднегодовой занятости койки (Д):

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

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,

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

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

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

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

2. Определение потребности в медицинском персонале.

2.1. Стационарная медицинская помощь.

Определение необходимого числа врачей и среднего медицинского персонала в больничных учреждениях рекомендуется проводить на основе показателей нагрузки на одну должность врача (среднего медицинского работника) (таблица 4.1).

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

Профиль отделения <*>	Число коек на 1 врачебную должность	Число коек на 1 пост медицинских сестер
Кардиология	15	15
Кардиохирургия	7	10
Ревматология	15	15
Ревматология для детей	10	15
Гастроэнтерология	15	15
Пульмонология	15	15
Эндокринология	15	15
Эндокринология для детей	15	15
Нефрология	12	15
Гематология	10	10
Аллергология	20	20
Сосудистая хирургия	12	15
Травматология	17	20
Ортопедия	15	15
Ожоговая травма	12	15
Урология	10	15
Урология для детей	10	15
Нейрохирургия	12	15
Челюстно-лицевая травма	12	15
Торакальная хирургия	12	15
Онкология	10	15
Онкология для детей	6	15
Проктология	15	15
Общая хирургия	15	15
Общая хирургия для детей	12	15
Патология беременности	12	15
Гинекология	12	15
Оториноларингология	12	15
Офтальмология	20	30
Офтальмология для детей	10	15
Неврология	12	20
Терапия	15	15
Педиатрия	12	15
Инфекционное	20	10
Акушерское	15	10
Дерматовенерология	15	15
Фтизиатрия	20	20

<*> По профилям, не указанным в таблице, рекомендуемый норматив составляет 20 коек на 1 врачебную должность.

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

2.2. Амбулаторная медицинская помощь.

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

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

B - число врачебных должностей;

Π - утвержденный норматив посещений на одного жителя в год;

H - численность населения;

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

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