

**ЦЕНТРАЛЬНЫЙ КОМИТЕТ ПРОФСОЮЗА
РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ФОРМИРОВАНИЕ
И ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ
ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ
ОКАЗАНИЯ БЕСПЛАТНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
И УЧАСТИЕ ВЫБОРНЫХ ОРГАНОВ
ОРГАНИЗАЦИЙ ПРОФСОЮЗА
В ДАННЫХ ВОПРОСАХ**

Москва 2012 г.

В настоящем информационном бюллетене серии «Нормативные и методические документы» приведены основные нормативные правовые акты, регулирующие вопросы формирования и финансового обеспечения территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации, информационные письма Минздравсоцразвития России, разъясняющие вопросы применения данных нормативных актов на практике и рекомендации ЦК Профсоюза работников здравоохранения РФ по участию выборных органов организаций Профсоюза в данных вопросах.

Издание адресовано руководителям, работникам аппарата региональных организаций Профсоюза, занимающихся вопросами защиты, экономических, профессиональных и трудовых прав и интересов работников здравоохранения в условиях модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Составитель информационного бюллетеня: главный специалист отдела экономической работы и оплаты труда аппарата Профсоюза **Л.А. Богданова**.

Ответственный за выпуск: Секретарь ЦК Профсоюза – зав. отделом экономической работы и оплаты труда аппарата Профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации **Т.А. Гончарова**.

Тираж 100 экз.

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Наш комментарий</i>	стр. 5-5
I. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи	стр. 6-8
II. Базовая программа обязательного медицинского страхования	стр. 9-12
III. Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи	стр. 12-14
IV. Территориальная программа обязательного медицинского страхования	стр. 14-17
V. Финансовое обеспечение в сфере охраны здоровья	стр. 17-19
VI. Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования	стр. 20-23
<i>Наши рекомендации</i>	стр. 24-24
VII. Платные медицинские услуги	стр. 25-28
VIII. Разъяснения Минздравсоцразвития России некоторых вопросов формирования и экономического обоснования территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи на 2012 год	стр. 29-41
<i>Приложения</i>	стр. 42-66
IX. Постановление Правительства Российской Федерации от 21 октября 2011 г. N 856 «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год»	стр. 42-55

- X.** Методика расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию стр. 56-59
- XI.** Информационное письмо Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 ноября 2011 г. № 14-3/10/2-11668 стр. 60-64
- XII.** Информационное письмо Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20 марта 2012 г. № 57-0/10/2-2587 стр. 65-66

Наш комментарий

Происходящие в последнее время изменения федерального законодательства в сфере здравоохранения и обязательного медицинского страхования, выделение значительных финансовых средств на модернизацию организаций здравоохранения субъектов Российской Федерации требуют новых подходов к формированию государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и их финансовому обеспечению.

Следовательно, должны меняться подходы к формированию территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи субъекта Российской Федерации, от которой требуется не только распределение нормативных объемов медицинской помощи с учетом в ней потребности граждан региона, но и сбалансированности финансового обеспечения соблюдения интересов застрахованных лиц, медицинских организаций, страховых медицинских организаций и медицинских работников.

Для медицинских организаций особенно важно, чтобы территориальная программа государственных гарантий обеспечивала баланс бесплатной медицинской помощи, требуемого объема и качества, и имеющихся на эти цели финансовых ресурсов, в том числе, обеспечивающих соблюдение законных прав и интересов медицинских работников и их социальную защищенность. Особое внимание этому следует уделить в условиях перехода на одноканальное финансирование учреждений здравоохранения. В связи с этим участие выборных органов организаций Профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в этих процессах важно и необходимо.

Право представителей Профсоюза на участие в данной деятельности закреплено законодательно. Выборным органам организаций Профсоюза необходимо принять меры по активной реализации данного права, руководствуясь принятыми нормативными правовыми актами, регулирующими вопросы реформирования и модернизации системы здравоохранения и соблюдения трудовых прав и интересов медицинских работников.

*Заместитель председателя Профсоюза
Г.А. Щербаков*

I. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон) определяются основные положения обеспечения государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

Конкретизация данного вопроса осуществлена в главе 10 «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» Закона.

Статьей 80 «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» названной главы, определены виды медицинской помощи, оказываемой в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи:

- 1) первичная медико-санитарная помощь, в том числе доврачебная, врачебная и специализированная;
- 2) специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная;
- 3) скорая медицинская помощь, в том числе скорая специализированная;
- 4) паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях.

Кроме того данной статьей устанавливается, что при оказании в рамках программы государственных гарантий:

- первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме;
- специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной;
- скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной;
- паллиативной медицинской помощи;
- в стационарных условиях

осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным законом от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств", и медицинскими изделиями, которые предусмотрены стандартами медицинской помощи.

В части 3 данной статьи названы медицинские услуги, которые при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных

программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не подлежат оплате за счет личных средств граждан.

Согласно статье 80 Закона Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи устанавливаются:

1) перечень форм и условий медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно;

2) перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно;

3) категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно;

4) базовая программа обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;

5) средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, а также порядок и структура формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты;

6) требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности медицинской помощи.

В части медицинской помощи, оказание которой осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, в программе государственных гарантий устанавливаются:

1) перечень видов, форм и условий медицинской помощи, оказание которой осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета;

2) перечень заболеваний, состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета;

3) категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета;

4) порядок и условия оказания медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, целевые значения критериев доступности медицинской помощи.

Согласно части 7 данной статьи Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи формируется:

- с учетом порядков оказания медицинской помощи;

- на основе стандартов медицинской помощи;

- с учетом особенностей половозрастного состава населения;

- с учетом уровня заболеваемости населения Российской Федерации;

- с учетом структуры заболеваемости населения Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики.

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи утверждается сроком на три года (на очередной финансовый год и на плановый период) Правительством Российской Федерации.

Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год утверждена Постановлением Правительства Российской Федерации от 21 октября 2011 г. № 856 «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год» (Приложение 1)

II. Базовая программа обязательного медицинского страхования

Одним из основополагающих нормативных актов, регулирующих обязательное медицинское страхование, является Федеральный Закон от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Статья 35 данного Закона устанавливает, что с 1 января 2012 года Базовая программа обязательного медицинского страхования - составная часть Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой Правительством Российской Федерации.

Базовая программа обязательного медицинского страхования определяет:

- виды медицинской помощи;
- перечень страховых случаев;
- структуру тарифа на оплату медицинской помощи;
- способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации за счет средств обязательного медицинского страхования;
- критерии доступности и качества медицинской помощи.

В базовой программе обязательного медицинского страхования устанавливаются:

- требования к условиям оказания медицинской помощи;
- нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо;
- нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи;
- нормативы финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо;
- расчет коэффициента удорожания базовой программы обязательного медицинского страхования.

Страховое обеспечение в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования устанавливается исходя из стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи, утвержденных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Права застрахованных лиц на бесплатное оказание медицинской помощи, установленные базовой программой обязательного медицинского страхования, являются едиными на всей территории Российской Федерации.

Следует учитывать, что финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной)

скорой медицинской помощи) осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования с 1 января 2013 года.

Порядок передачи бюджетных ассигнований бюджетов бюджетной системы Российской Федерации в бюджеты фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) устанавливается федеральным законом, определяющим размер тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования оказываются:

- первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь;

- скорая медицинская помощь (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи);

- специализированная медицинская помощь,

в следующих случаях:

1) инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита;

2) новообразования;

3) болезни эндокринной системы;

4) расстройства питания и нарушения обмена веществ;

5) болезни нервной системы;

6) болезни крови, кроветворных органов;

7) отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;

8) болезни глаза и его придаточного аппарата;

9) болезни уха и сосцевидного отростка;

10) болезни системы кровообращения;

11) болезни органов дыхания;

12) болезни органов пищеварения;

13) болезни мочеполовой системы;

14) болезни кожи и подкожной клетчатки;

15) болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;

16) травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;

17) врожденные аномалии (пороки развития);

18) деформации и хромосомные нарушения;

19) беременность, роды, послеродовой период и аборт;

20) отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

Правительство Российской Федерации вправе при утверждении базовой программы обязательного медицинского страхования устанавливать дополнительный перечень заболеваний и состояний, включаемых в базовую программу обязательного медицинского страхования в качестве случаев оказания медицинской помощи, и дополнительные элементы структуры тарифа на оплату медицинской помощи к установленным настоящим Федеральным законом.

Кроме того, Базовая программа обязательного медицинского страхования определяет структуру тарифа на оплату медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, в рамках реализации программы обязательного медицинского страхования.

Согласно Базовой программе обязательного медицинского страхования в структуру тарифа на оплату медицинской помощи включаются:

- расходы на заработную плату;
- начисления на оплату труда;
- прочие выплаты,
- приобретение лекарственных средств;
- приобретение расходных материалов;
- приобретение 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;
- прочих услуг;
- социальное обеспечение работников медицинских организаций,
установленное законодательством Российской Федерации,
- прочие расходы;
- расходы на приобретение оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

Базовая программа обязательного медицинского страхования устанавливает требования к территориальным программам обязательного медицинского страхования.

III. Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

Порядок формирования и утверждения Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи регулируется статьей 81 Федерального Закона от 21.11.2011 года N 323-ФЗ, которая устанавливает, что в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи органы государственной власти субъектов Российской Федерации утверждают территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

В рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи органы государственной власти субъектов Российской Федерации устанавливают:

1) целевые значения критериев доступности медицинской помощи в соответствии с критериями, установленными программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

2) перечень заболеваний (состояний) и перечень видов медицинской помощи, оказываемой гражданам без взимания с них платы за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации и средств бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования;

3) порядок и условия предоставления медицинской помощи, в том числе сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановом порядке;

4) порядок реализации установленного законодательством Российской Федерации права внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан в медицинских организациях, находящихся на территории субъекта Российской Федерации;

5) перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия

медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с Перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой;

6) перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

7) объем медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;

8) объем медицинской помощи в расчете на одного жителя, стоимость объема медицинской помощи с учетом условий ее оказания, подушевой норматив финансирования;

9) перечень мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, осуществляемых в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи при условии выполнения финансовых нормативов, установленных программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи могут содержать дополнительные виды и условия оказания медицинской помощи, а также дополнительные объемы медицинской помощи, в том числе предусматривающие возможность превышения усредненных показателей, установленных стандартами медицинской помощи.

При формировании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи учитываются:

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи;
- особенности половозрастного состава населения;
- уровень заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, основанные на данных медицинской статистики;
- структура заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, основанные на данных медицинской статистики;
- климатические и географические особенности региона;
- транспортная доступность медицинских организаций;
- сбалансированность объема медицинской помощи и ее финансового обеспечения;

в том числе определяется обеспечение уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в порядке,

установленном законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.

Уполномоченный федеральный орган исполнительной власти ежегодно осуществляет мониторинг формирования, экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и производит оценку реализации таких программ, а совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования - территориальных программ обязательного медицинского страхования.

IV. Территориальная программа обязательного медицинского страхования

Как было отмечено выше, в составе утверждаемой в субъекте Российской Федерации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в соответствии с требованиями Базовой программы обязательного медицинского страхования, утверждается территориальная программа обязательного медицинского страхования.

Согласно статьи 36 Федерального Закона от 29.11.2010 года N 326-ФЗ Территориальная программа обязательного медицинского страхования – это составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой в порядке, установленном законодательством субъекта Российской Федерации.

Территориальная программа обязательного медицинского страхования формируется в соответствии с требованиями, установленными базовой программой обязательного медицинского страхования.

Территориальная программа обязательного медицинского страхования включает в себя:

- виды медицинской помощи;
- условия оказания медицинской помощи;
- перечень страховых случаев, установленные базовой программой обязательного медицинского страхования,

а также определяет:

- значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо (с учетом структуры заболеваемости в субъекте Российской Федерации);

- нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо;

- норматив финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо.

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

Финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования в вышеназванных случаях осуществляется за счет платежей субъектов Российской Федерации, уплачиваемых в бюджет территориального фонда, в размере разницы между нормативом финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования и нормативом финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования с учетом численности застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации.

В случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, территориальная программа обязательного медицинского страхования должна предусматривать перечень направлений использования средств обязательного медицинского страхования.

Территориальная программа обязательного медицинского страхования в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования определяет на территории субъекта Российской Федерации:

- способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию;

- структуру тарифа на оплату медицинской помощи,

а также:

- содержит реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

- определяет условия оказания медицинской помощи в них;

- определяет целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи.

Территориальная программа обязательного медицинского страхования может включать в себя перечень страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования при условии выполнения требований, установленных базовой программой обязательного медицинского страхования.

При установлении территориальной программой ОМС перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования территориальная программа ОМС должна включать в себя:

- значение нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо;
- значение нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо;
- значение норматива финансового обеспечения в расчете на одно застрахованное лицо;
- способы оплаты медицинской помощи, оказываемой по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам;
- структуру тарифа на оплату медицинской помощи;
- реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС;
- условия оказания медицинской помощи в таких медицинских организациях.

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

Согласно части 4 статьи 51 данного Закона следует учитывать, что по 31 декабря 2012 года территориальная программа обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации может включать в себя оказание медицинской помощи при отдельных заболеваниях и состояниях здоровья, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, без соблюдения условия выполнения нормативов, установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, при сохранении объема финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования не ниже уровня 2010 года, в том числе в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования.

Дополнительные основания, виды и условия оказания медицинской помощи, перечень страховых случаев, а также связанные с ними объемы

страхового обеспечения утверждаются территориальной программой обязательного медицинского страхования отдельно от установленных оснований, видов, условий оказания медицинской помощи, перечня страховых случаев, объемов соответствующего страхового обеспечения базовой программой обязательного медицинского страхования.

V. Финансовое обеспечение в сфере охраны здоровья

Финансовое обеспечение оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий регулируется главой 11 «Финансовое обеспечение в сфере охраны здоровья» Федерального Закона от 21.11. 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Статья 82 данной главы устанавливает, что источниками финансового обеспечения в сфере охраны здоровья являются средства:

- федерального бюджета;
- бюджетов субъектов Российской Федерации;
- местных бюджетов;
- обязательного медицинского страхования,

а также:

- средства организаций;
- средства граждан;
- средства, поступившие от физических и юридических лиц,

в том числе:

- добровольные пожертвования;
- иные не запрещенные законодательством Российской Федерации

источники.

Статьей 83 Закона определены источники финансового обеспечения оказания гражданам медицинской помощи по видам за счет следующих источников:

Первичной медико-санитарной помощи:

- 1) средств обязательного медицинского страхования;
- 2) бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации, выделяемых на финансовое обеспечение реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания

гражданам медицинской помощи (в части медицинской помощи, не включенной в программы обязательного медицинского страхования, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в программах обязательного медицинского страхования);

3) иных источников в соответствии с Законом.

Специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи:

1) средств обязательного медицинского страхования;

2) бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации, выделяемых в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (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);

3) бюджетных ассигнований федерального бюджета, выделяемых федеральным медицинским организациям (в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в базовой программе обязательного медицинского страхования);

4) иных источников в соответствии с Законом.

Скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи:

1) средств обязательного медицинского страхования;

2) бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации, выделяемых на финансовое обеспечение реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (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);

3) бюджетных ассигнований федерального бюджета, выделяемых федеральным медицинским организациям, включенным в перечень, утвержденный уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в базовую программу обязательного медицинского страхования).

Паллиативной медицинской помощи:

- 1) бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации, выделяемых в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- 2) иных источников в соответствии с Законом.

Населению отдельных территорий и работникам отдельных организаций, (населению закрытых административно-территориальных образований, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в соответствующий перечень, работникам организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда, а также особенности финансового обеспечения оказания им медицинской помощи устанавливаются Правительством Российской Федерации.) осуществляется за счет:

- 1) средств обязательного медицинского страхования, выделяемых в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования;
- 2) бюджетных ассигнований федерального бюджета (в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в базовой программе обязательного медицинского страхования).

Расходы, связанные с оказанием гражданам бесплатной медицинской помощи в экстренной форме медицинской организацией, в том числе медицинской организацией частной системы здравоохранения, подлежат возмещению в порядке и в размерах, установленных программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

VI. Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования

Согласно части 9 статьи 36 Федерального Закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» для разработки проекта территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации создается **Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования**, в состав которой входят представители:

- органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации;
- территориального фонда ОМС;
- страховых медицинских организаций;
- медицинских организаций;
- профессиональных союзов или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации, на паритетных началах.

Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования формируется и осуществляет свою деятельность в соответствии с положением, являющимся приложением к правилам обязательного медицинского страхования.

Приказом Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н внесено дополнение в Приказ Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 г. N158н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования» и утверждено «Положение о деятельности комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования».

Согласно данному Положению:

1. Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования создается в соответствии с законодательством Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования.

2. Комиссия в своей деятельности руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации и другими нормативными правовыми актами в сфере здравоохранения и обязательного медицинского страхования Российской Федерации и субъекта Российской Федерации, а также настоящими Правилами.

3. В состав Комиссии на паритетных началах входят представители органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориального фонда, страховых медицинских организаций и медицинских организаций, представители профессиональных союзов или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации.

4. Комиссия:

- 1) разрабатывает проект территориальной программы;
- 2) распределяет объемы предоставления медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями;
- 3) осуществляет рассмотрение тарифов;
- 4) устанавливает иные сроки подачи медицинскими организациями уведомления об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования для вновь создаваемых медицинских организаций;
- 5) определяет порядок представления информации членами Комиссии.

5. Для рассмотрения отдельных вопросов и подготовки необходимых предложений, оперативной корректировки объемов предоставления медицинской помощи, распределенных между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями, при Комиссии могут создаваться рабочие группы, состоящие из членов Комиссии и иных лиц, привлеченных к ее работе.

6. Комиссия в целях разработки проекта территориальной программы на заседаниях:

1) рассматривает предложения по видам медицинской помощи, перечню заболеваний, порядку и условиям предоставления медицинской помощи, включая сроки ожидания медицинской помощи, значениям нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо с учетом объемов медицинской помощи, оказываемых застрахованным лицам медицинскими организациями в других субъектах Российской Федерации, нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативам финансового обеспечения территориальной программы в расчете на одно застрахованное лицо, способам оплаты медицинской помощи и тарифам в соответствии с требованиями, установленными базовой программой и в дополнение к базовой программе;

2) рассматривает информацию территориального фонда о численности застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации в разрезе половозрастных групп на основе регионального сегмента единого регистра

застрахованных лиц, реестре страховых медицинских организаций и реестре медицинских организаций;

3) рассматривает предложения страховых медицинских организаций по способам оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию, тарифам, показателям доступности и качества медицинской помощи;

4) осуществляет подготовку предложений по:

- перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, необходимых для оказания медицинской помощи;

- целевым значениям критериев доступности и качества медицинской помощи;

- перечню направлений использования средств обязательного медицинского страхования при установлении дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой;

5) анализирует соответствие показателей объемов предоставления медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленных территориальной программой и базовой программой.

При разработке территориальной программы Комиссией учитываются стандарты медицинской помощи, особенности половозрастного состава застрахованных лиц, уровень и структура заболеваемости населения субъекта Российской Федерации по данным медицинской статистики, климатические, географические особенности субъекта Российской Федерации, транспортная доступность медицинских организаций, сбалансированность объема медицинской помощи и ее финансового обеспечения.

7. Подготовленный проект территориальной программы Комиссия представляет органу государственной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан.

8. Комиссия на заседаниях по представленным секретарем Комиссии предложениям, поступившим от органа государственной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, страховых медицинских организаций, медицинских организаций, территориального фонда, распределяет объемы медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями, имеющими право на осуществление медицинской деятельности на территории Российской Федерации, на основе установленных территориальной программой объемов предоставления медицинской помощи по видам медицинской помощи, условиям предоставления медицинской помощи, в разрезе профилей отделений (коек), врачебных специальностей, с учетом показателей потребления

медицинской помощи по данным персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, численности и половозрастной структуры застрахованных лиц.

9. О принятых решениях по распределению объемов предоставления медицинской помощи и финансовых средств между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями Комиссия информирует территориальный фонд, орган государственной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, страховые медицинские организации и медицинские организации.

10. Персональный состав Комиссии утверждается нормативным правовым актом высшего органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

11. Председателем Комиссии является представитель органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченный высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации.

12. Секретарем Комиссии является представитель территориального фонда. Секретарь Комиссии не менее чем за три рабочих дня до начала заседания Комиссии информирует членов Комиссии о дате, месте и времени проведения заседания и организует рассылку необходимых материалов. Секретарь Комиссии обеспечивает ведение делопроизводства и хранение протоколов Комиссии.

13. Заседания Комиссии проводятся по необходимости, но не реже одного раза в квартал.

14. Решения Комиссии считаются правомочными, если в заседании принимало участие более двух третей членов Комиссии. Решение принимается простым большинством голосов от количества присутствующих на заседании членов Комиссии. В случае равенства голосов голос председателя Комиссии является решающим.

15. Решения Комиссии оформляются протоколом, который подписывается председательствующим и членами Комиссии и доводится до сведения территориального фонда, страховых медицинских организаций и медицинских организаций. Решения, принимаемые Комиссией в соответствии с ее компетенцией, являются обязательными для всех участников обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации.

Наши рекомендации

Исходя из вышеизложенного следует отметить, что участие профессиональных союзов или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации, в деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования установлено законодательно. Следовательно, профорганы организаций Профсоюза работников здравоохранения РФ должны своевременно и в порядке, установленном субъектом Российской Федерации, вносить предложения по включению в состав данной комиссии представителя Профсоюза работников здравоохранения данного региона для представления интересов работников медицинских организаций и защиты их законных прав.

Кроме того, в состав данной Комиссии должны включаться представители медицинских организаций, которые также должны активно участвовать в обсуждении и принятии решений по таким важным вопросам деятельности медицинских организаций, как распределение объемов оказания медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы ОМС и установление тарифов на медицинскую помощь, оказываемую в системе ОМС.

При рассмотрении вопросов о величине тарифов на медицинскую помощь необходимо помнить, что тарифы должны полностью возмещать все расходы медицинской организации, произведенные на оказание медицинской помощи в рамках программы ОМС, по тем статьям расходов, которые включены в состав тарифа.

Особое внимание следует уделять п. 5 вопросов, отнесенных к компетенции Комиссии (анализу соответствия показателей объемов предоставления медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленных территориальной программой и базовой программой).

При индексации тарифов необходимо соблюдать структуру тарифа, чтобы не допустить сокращения возмещения расходов на заработную плату, согласно действующим в медицинских организациях системам оплаты труда.

Кроме того, как отмечено выше, при Комиссии могут создаваться рабочие группы, состоящие из членов Комиссии и иных лиц, привлеченных к ее работе. Целесообразно, чтобы в состав этих рабочих групп также были включены представители Профсоюза работников здравоохранения, в целях возможного своевременного внесения предложений по защите интересов медицинских работников на этапе подготовительной работы проектов программы, расчетов к ней и других документов.

VII. Платные медицинские услуги

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".

Получение гражданами платных медицинских услуг регулируется статьей 84 названного Закона. Согласно данной статье граждане имеют право на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по их желанию при оказании медицинской помощи, и платных немедицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи.

Платные медицинские услуги оказываются пациентам за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования.

Кроме того определено, что медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги:

1) на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами;

2) при оказании медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

3) гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

4) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 Закона (Выбор врача и медицинской организации).

Отказ пациента от предлагаемых платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объема оказываемой медицинской помощи, предоставляемых такому пациенту без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам

медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Порядок и условия предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг пациентам устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Порядок предоставления медицинских услуг на платной основе до настоящего времени регулируется Правилами предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями, утвержденными Постановлением Правительства Российской Федерации от 13.01.1996 года №27.

В декабре 2011 года на рассмотрение Правительства РФ внесен проект постановления Правительства РФ от 29.12. 2011 года «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг пациентам», который устанавливает порядок и условия предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, в рамках норм, установленных Федеральным законом N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (см. выше).

Платные медицинские услуги не могут быть оказаны взамен медицинских услуг, выполняемых медицинскими организациями в рамках реализации Программы (территориальных программ) государственных гарантий, а также в иных случаях обеспечения установленных законодательством Российской Федерации гарантий бесплатного предоставления медицинской помощи.

Прејскурант цен (тарифы) на оказываемые исполнителем платные медицинские услуги, порядок и форму их оплаты устанавливаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Вопрос оказания платных услуг регламентируется также правовыми актами по совершенствованию правового положения государственных (муниципальных) медицинских организаций.

Так, согласно пункту 4 статьи 9.2 Федерального закона от 12 января 1996 г. N 7-ФЗ "О некоммерческих организациях", (в редакции Федерального закона от 08.05.2010 N 83-ФЗ), бюджетное учреждение вправе сверх установленного государственного (муниципального) задания, а также в случаях, определенных федеральными законами, в пределах установленного государственного (муниципального) задания выполнять работы, оказывать услуги, относящиеся к его основным видам деятельности, предусмотренным его учредительным документом, в сферах, (в том числе здравоохранения), для граждан и юридических лиц за плату и на одинаковых при оказании одних и тех же услуг условиях.

Порядок определения указанной платы устанавливается соответствующим органом, осуществляющим функции и полномочия учредителя, если иное не предусмотрено федеральным законом.

В целях установления единого механизма формирования цен на платные услуги, приказом Минздравсоцразвития России от 12 декабря 2011 г. №1532н внесены изменения в Порядок определения платы для физических и юридических лиц за услуги (работы), относящиеся к основным видам деятельности федеральных бюджетных учреждений, находящихся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, оказываемые ими сверх установленного государственного задания, а также в случаях, определенных федеральными законами, в пределах установленного государственного задания, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31 января 2011 г. № 56н.

Учреждение самостоятельно определяет возможность оказания платных услуг в зависимости от материальной базы, численного состава и квалификации персонала, спроса на услугу, работу.

При наличии в учреждении выборного представительного органа (ученый совет высшего учебного заведения, совет среднего специального учебного заведения и др.) и (или) совещательного органа, в компетенцию которых входят вопросы рассмотрения перечня платных услуг (работ) по основным видам деятельности и размера платы за услуги (работы) по основным видам деятельности учреждения, утверждению указанных перечня и размера платы должно предшествовать их рассмотрение представительным и (или) совещательным органом.

Размер платы за платные услуги (работы) определяется на основании:

- установленных нормативными правовыми актами Российской Федерации цен (тарифов) на соответствующие платные услуги (работы) по основным видам деятельности учреждения (при наличии);
- размера расчетных и расчетно-нормативных затрат на оказание учреждением платных услуг (работ) по основным видам деятельности, а также размера расчетных и расчетно-нормативных затрат на содержание имущества учреждения с учетом:
 - анализа фактических затрат учреждения на оказание платных услуг (работ) по основным видам деятельности в предшествующие периоды;
 - прогнозной информации о динамике изменения уровня цен (тарифов) в составе затрат на оказание учреждением платных услуг (работ) по основным видам деятельности, включая регулируемые государством цены (тарифы) на товары, работы, услуги субъектов естественных монополий;
 - анализа существующего и прогнозируемого объема рыночных предложений на аналогичные услуги (работы) и уровня цен (тарифов) на них;
 - анализа существующего и прогнозируемого объема спроса на аналогичные услуги (работы).

Определение состава затрат, применяемых для расчета платы за услугу (работу) и оценки ее обоснованности, производится в соответствии с главой 25 Налогового кодекса Российской Федерации.

Учреждение, оказывающее платные услуги, обязано в доступном месте предоставлять гражданам и юридическим лицам необходимую и достоверную информацию.

К отношениям, связанным с оказанием платных медицинских услуг, применяются положения Закона Российской Федерации от 7 февраля 1992 года N 2300-1 "О защите прав потребителей".

VIII. Разъяснения Минздравсоцразвития России некоторых вопросов формирования и экономического обоснования территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи на 2012 год

Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации в субъекты Российской Федерации направлено информационное письмо от 22 декабря 2011 г. N 20-2/10/1-8234 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год», в котором представлены разъяснения некоторых вопросов формирования и экономического обоснования территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год.

В названном письме отмечено, что установленные объемы медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в рамках территориальной программы, должны включать, в том числе:

- объемы медицинской помощи в рамках реализации национального проекта "Здоровье";
 - объемы обеспечения отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами,
- а также служить основой для формирования государственного (муниципального) задания по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

В рамках утверждения территориальной программы государственных гарантий в качестве приложения (по приведенной в письме форме) субъект Российской Федерации утверждает стоимость данной программы.

Нормативы объема медицинской помощи, в том числе предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования (далее - ОМС), и нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, в том числе за счет средств ОМС, указываются в текстовой части территориальной программы государственных гарантий.

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".

Данным письмом также разъясняется порядок финансирования скорой медицинской помощи, первичной медико-санитарной помощи, восстановительного лечения, а также дано разъяснение о корректировке объемов медицинской помощи 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.

В приложениях 2 и 3 к письму приведены:

- рекомендуемые объемы стационарной медицинской помощи по профилям отделений;
- средние показатели, рекомендуемые для расчета территориального норматива посещений в год на 1000 жителей по специальностям;
- средние показатели, рекомендуемые для расчета территориального норматива профилактических посещений в год на 1000 жителей по специальностям;
- рекомендуемые объемы для расчета территориального норматива пациенто-дней лечения в дневных стационарах всех типов в год на 1000 жителей по специальностям;
- относительные коэффициенты стоимости одного койко-дня госпитализации по профилям отделений и уровням оказания медицинской помощи;
- относительные коэффициенты стоимости одного посещения по специальностям;
- относительные коэффициенты стоимости одного пациенто-дня лечения в дневных стационарах всех типов по специальностям.

Отмечено, что 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.

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).

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 государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год (утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 21 октября 2011 г. N 856) за счет средств соответствующих бюджетов (3530,5 руб.);

- районного коэффициента;

- численности населения субъекта Российской Федерации по прогнозу Росстата на начало 2012 года.

Составной частью территориальной программы государственных гарантий является территориальная программа обязательного медицинского страхования.

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.

В данном письме еще раз напоминает, что формирование территориальных программ ОМС осуществляется создаваемой в субъектах Российской Федерации Комиссией по разработке территориальной программы ОМС, осуществляющей свою деятельность в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными Приказом Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 г. N 158н.

Также разъясняется, что 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.

Данное письмо также рекомендует органам управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и территориальным фондам ОМС, для подготовки проекта территориальной программы ОМС в рамках деятельности Комиссии, осуществлять:

- расчет территориальных нормативов объемов медицинской помощи;
 - расчет соответствующих финансовых показателей
- на основе анализа статистических форм, данных персонифицированного 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).

Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС, распределяются решением Комиссии :

- между страховыми медицинскими организациями;

- между медицинскими организациями.

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

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).

При распределении объемов медицинской помощи между медицинскими организациями 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 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.

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.

Данное письмо напоминает, что Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования 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 расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной Правилами, (Приложение 2) 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.

При внедрении стандартов медицинской помощи, утвержденных Минздравсоцразвития России, 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.

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.

Потребность в финансовой обеспечении определяется по формуле:

Установленный Правительством РФ на 2012 г. подушевой норматив финансового обеспечения Программы <u>за счет соответствующих бюджетов</u>	+	Установленный Правительством РФ на 2012 г. подушевой норматив финансового обеспечения <u>базовой программы ОМС</u>
$\begin{matrix} \times \\ \text{районный коэффициент} \\ \times \end{matrix}$		$\begin{matrix} \times \\ \text{районный коэффициент} \\ \times \end{matrix}$
прогноз численности постоянного населения субъекта РФ на 01.01.2012г.		прогноз численности застрахованных по ОМС в субъекте РФ на 01.01. 2012 г.

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.

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.

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

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

1.1. Определение абсолютного количества коек (К):

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

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

Н - численность населения;

Д - среднегодовая занятость койки.

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

1.2. Определение фактической среднегодовой занятости койки (Д):

$$Д = 365 \text{ дней в году} - \frac{t}{r} - \left(\frac{t}{o} \times F \right), \text{ где:}$$

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

t - простой койки в связи с оборотом койки, т.е. время, необходимое o

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):

$$F = \frac{365 - t}{T + \frac{t}{o}}, \text{ где:}$$

T - средние сроки лечения.

Пример: расчет необходимого числа коек терапевтического профиля.

T = 14,6 дней; N = 1 000 000 человек; t = 10,0 дней; t = 1,0 день,
r o

Нк/д = 353,32 койко-дня на 1000 жителей.

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

Д = 365 - 10 - (1 x 23) = 332 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).

**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:

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

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.

Территориальной программой государственных гарантий устанавливается норматив обеспеченности населения медицинскими кадрами.

В данном письме отмечено, что 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.

(Полный текст данного информационного письма Минздравсоцразвития России размещен на сайте ЦК Профсоюза.)

Одним из важнейших источников финансового обеспечения повышения качества оказания медицинской помощи гражданам в 2011-2012 годах является предусмотренная ст. 50 Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 03.12.2011) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" реализация региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Согласно нормам названной статьи финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации осуществляется за счет доходов, поступающих в бюджет Федерального фонда от средств страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размере два процентных пункта в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 2009 года N 212-ФЗ "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования", средств бюджетов субъектов Российской Федерации и бюджетов территориальных фондов.

Предусмотренные в бюджете Федерального фонда средства на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации направляются на следующие цели:

1) укрепление материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, в том числе обеспечение завершения строительства ранее начатых объектов (техническая готовность указанных объектов на 1 января 2011 года должна составлять не менее 80 процентов фактически произведенных застройщиком затрат от сметной стоимости строительства объекта), текущий и капитальный ремонт государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, приобретение медицинского оборудования;

2) внедрение современных информационных систем в здравоохранение в целях создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, перехода на полисы обязательного медицинского страхования единого образца, в том числе обеспеченных федеральным электронным приложением универсальной электронной карты, внедрение телемедицинских систем, систем электронного документооборота и ведение

медицинских карт пациентов в электронном виде; (в ред. Федерального закона от 30.11.2011 N 369-ФЗ)

3) внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами.

Основные нормативные правовые акты по регулированию вопросов реализации и финансирования региональных программ модернизации здравоохранения были обобщены Отделом экономической работы и оплаты труда ЦК Профсоюза и направлены региональным организациям Профсоюза в Информационном бюллетене №2 «Модернизация здравоохранения субъектов Российской Федерации в 2011 - 2012 годах».

В связи с многочисленными вопросами, в части реализации мероприятий по внедрению стандартов медицинской помощи и организации установления дополнительных стимулирующих выплат медицинским работникам, обеспечивающим оказание медицинской помощи по стандартам, Минздравсоцразвития России подготовило и направило в субъекты Российской Федерации информационные письма от 24.11. 2011 г. №14-3/10/2-11668 и от 20.03. 2012 г. №57-0/10/2-2587 в которых даны соответствующие разъяснения **(приложения 3 и 4)**.

Приложения

Приложение 1

Постановление Правительства Российской Федерации от 21 октября 2011 г. № 856

О ПРОГРАММЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА 2012 ГОД

В целях обеспечения конституционных прав граждан Российской Федерации на получение бесплатной медицинской помощи Правительство Российской Федерации постановляет:

1. Утвердить прилагаемую Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год.

2. Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации:

а) внести в установленном порядке в Правительство Российской Федерации:

до 1 июля 2012 г. - доклад о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год;

до 20 августа 2012 г. - проект программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год;

б) давать разъяснения по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год, в том числе совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования - в части, касающейся формирования и экономического обоснования территориальных программ обязательного медицинского страхования на 2012 год;

в) привести свои нормативные правовые акты в соответствие с настоящим Постановлением.

3. Рекомендовать органам государственной власти субъектов Российской Федерации утвердить до 25 декабря 2011 г. территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год.

Председатель Правительства
Российской Федерации
В.ПУТИН

Утверждена
Постановлением Правительства
Российской Федерации
от 21 октября 2011 г. № 856

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА 2012 ГОД

I. Общие положения

Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год (далее - Программа) определяет виды и условия оказания медицинской помощи, нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансового обеспечения, порядок формирования и структуру тарифов на медицинскую помощь, а также предусматривает критерии качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой гражданам Российской Федерации (далее - граждане) на территории Российской Федерации бесплатно.

Органы государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с Программой разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год (включая территориальные программы обязательного медицинского страхования) (далее - территориальные программы).

В рамках территориальных программ за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и средств обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение оказания федеральными государственными учреждениями, подведомственными Федеральному медико-биологическому агентству, медицинской помощи работникам организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда, населению закрытых административно-территориальных образований, наукоградов Российской Федерации, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, а также оказания медицинской помощи гражданам при постановке их на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу по контракту, поступлении в военные образовательные учреждения профессионального образования и призыве на военные сборы, за исключением медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной службе.

Орган государственной власти субъекта Российской Федерации вправе за счет доходов бюджета субъекта Российской Федерации и местных бюджетов (в случае наделения в соответствии с законом субъекта Российской Федерации

органов местного самоуправления государственным полномочием субъекта Российской Федерации по решению вопросов организации оказания медицинской помощи) при условии финансового обеспечения территориальной программы с учетом предусмотренных Программой соответствующих нормативов определять в территориальной программе дополнительные условия и объемы оказания медицинской помощи.

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

II. Виды и условия оказания медицинской помощи

В рамках Программы бесплатно предоставляются:

первичная медико-санитарная помощь;

скорая, в том числе специализированная (санитарно-авиационная), медицинская помощь;

специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь.

Первичная медико-санитарная помощь включает лечение наиболее распространенных болезней, травм, отравлений и других состояний, требующих неотложной медицинской помощи, медицинскую профилактику заболеваний, осуществление мероприятий по проведению профилактических прививок и профилактических осмотров, диспансерному наблюдению женщин в период беременности, здоровых детей и лиц с хроническими заболеваниями, предупреждению аборт, санитарно-гигиеническое просвещение граждан, а также осуществление других мероприятий, связанных с оказанием первичной медико-санитарной помощи гражданам.

Первичная медико-санитарная помощь предоставляется гражданам в медицинских организациях и их соответствующих структурных подразделениях, в том числе во врачебно-физкультурных диспансерах, центрах планирования семьи и репродукции, центрах охраны репродуктивного здоровья подростков и центрах медицинской профилактики, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-специалистами, а также соответствующим средним медицинским персоналом.

Скорая, в том числе специализированная (санитарно-авиационная), медицинская помощь оказывается безотлагательно гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (несчастные случаи, травмы, отравления, а также другие состояния и заболевания), учреждениями и

подразделениями скорой медицинской помощи государственной или муниципальной системы здравоохранения.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь предоставляется гражданам в медицинских организациях при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий.

Медицинская помощь предоставляется гражданам:

учреждениями и структурными подразделениями скорой медицинской помощи (скорая медицинская помощь);

амбулаторно-поликлиническими учреждениями и другими медицинскими организациями или их соответствующими структурными подразделениями, а также дневными стационарами всех типов (амбулаторная медицинская помощь);

больничными учреждениями и другими медицинскими организациями или их соответствующими структурными подразделениями (стационарная медицинская помощь).

Амбулаторная медицинская помощь предоставляется гражданам при заболеваниях, травмах, отравлениях и других состояниях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения, изоляции и использования интенсивных методов лечения, при беременности и искусственном прерывании беременности на ранних сроках (абортах), а также включает проведение мероприятий по профилактике (в том числе диспансерному наблюдению) заболеваний.

В целях повышения эффективности оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний, не требующих срочного медицинского вмешательства, в структуре медицинских учреждений муниципальной системы здравоохранения может создаваться служба неотложной медицинской помощи.

Стационарная медицинская помощь предоставляется гражданам в случае заболеваний, в том числе острых, обострения хронических заболеваний, отравлений, травм, патологии беременности, родов, аборт, а также в период новорожденности, которые требуют круглосуточного медицинского наблюдения, применения интенсивных методов лечения и (или) изоляции, в том числе по эпидемическим показаниям.

Мероприятия по восстановительному лечению и реабилитации больных осуществляются в амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях, иных медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях, включая центры восстановительной медицины и реабилитации, в том числе детские, а также санатории, в том числе детские и для детей с родителями.

При оказании медицинской помощи осуществляется обеспечение граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации необходимыми лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов.

Для получения медицинской помощи граждане имеют право на выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача (с учетом согласия врача), а также на выбор медицинской организации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Территориальная программа включает в себя:

перечень заболеваний и видов медицинской помощи, предоставляемой гражданам бесплатно за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации, местных бюджетов (в случае наделения в соответствии с законом субъекта Российской Федерации органов местного самоуправления государственным полномочием субъекта Российской Федерации по решению вопросов организации оказания медицинской помощи) и средств бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования;

условия оказания медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации;

порядок реализации установленного законодательством Российской Федерации права внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан в учреждениях здравоохранения субъекта Российской Федерации и муниципальных образований;

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 обязательного медицинского страхования;

государственное (муниципальное) задание медицинским учреждениям и другим медицинским организациям, участвующим в реализации территориальной программы;

способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию;

структуру тарифа на оплату медицинской помощи;

целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи.

Порядок и условия оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы, в которой определяются в том числе нормативы обеспеченности населения врачебными кадрами по видам медицинской помощи, устанавливаются нормативными правовыми актами органа

государственной власти субъекта Российской Федерации в соответствии с законодательством Российской Федерации и Программой.

III. Источники финансового обеспечения оказания медицинской помощи

Медицинская помощь на территории Российской Федерации оказывается за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджета субъекта Российской Федерации, местных бюджетов (в случае наделения в соответствии с законом субъекта Российской Федерации органов местного самоуправления государственным полномочием субъекта Российской Федерации по решению вопросов организации оказания медицинской помощи) и средств бюджетов государственных фондов обязательного медицинского страхования.

За счет средств обязательного медицинского страхования оплачивается медицинская помощь, оказываемая в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования, являющейся составной частью Программы и определяющей права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи на всей территории Российской Федерации.

В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи), специализированная (за исключением высокотехнологичной) медицинская помощь, а также осуществляется обеспечение необходимыми лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации в следующих случаях:

инфекционные и паразитарные болезни, за исключением болезней, передающихся половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита;

новообразования;

болезни эндокринной системы;

расстройства питания и нарушения обмена веществ;

болезни нервной системы;

болезни крови, кроветворных органов;

отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;

болезни глаза и его придаточного аппарата;

болезни уха и сосцевидного отростка;

болезни системы кровообращения;

болезни органов дыхания;

болезни органов пищеварения;

болезни мочеполовой системы;

болезни кожи и подкожной клетчатки;

болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;

травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;

врожденные аномалии (пороки развития);

деформации и хромосомные нарушения;

беременность, роды, послеродовой период и аборты;

отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

Кроме того, в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования может финансироваться медицинская помощь, предоставляемая в санаториях, в том числе детских и для детей с родителями.

За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета предоставляются:

дополнительная медицинская помощь, оказываемая врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, медицинскими сестрами участковыми врачей-педиатров участковых и медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей) федеральных государственных учреждений, находящихся в ведении Федерального медико-биологического агентства;

дополнительная медицинская помощь, оказываемая врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, медицинскими сестрами участковыми врачей-педиатров участковых и медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей) учреждений здравоохранения Российской академии наук, Сибирского отделения Российской академии наук при условии размещения в этих учреждениях муниципального заказа на оказание первичной медико-санитарной помощи;

специализированная медицинская помощь, оказываемая в федеральных специализированных медицинских учреждениях, перечень которых утверждается Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации;

высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в медицинских организациях в соответствии с государственным заданием, сформированным в порядке, определяемом Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации;

медицинская помощь, предусмотренная федеральными законами для определенных категорий граждан, оказываемая в соответствии со сформированным государственным заданием в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации;

дополнительные мероприятия по развитию профилактического направления медицинской помощи (диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, дополнительная диспансеризация работающих граждан, иммунизация граждан, ранняя диагностика отдельных заболеваний и другие направления) в соответствии с законодательством Российской Федерации;

скорая медицинская помощь, а также первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь, оказываемая федеральными государственными учреждениями, подведомственными Федеральному медико-биологическому агентству, работникам организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда, а также населению закрытых административно-территориальных образований, наукоградов Российской Федерации, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, за исключением затрат, финансируемых за счет средств обязательного медицинского страхования;

лекарственные препараты, предназначенные для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей по перечню заболеваний, утверждаемому Правительством Российской Федерации, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, по перечню лекарственных препаратов, утверждаемому Правительством Российской Федерации.

За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета предоставляются субсидии бюджетам субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, медицинскими сестрами участковыми врачей-педиатров участковых и медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей) учреждений здравоохранения муниципальных образований, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, либо (при отсутствии учреждений здравоохранения муниципальных образований) соответствующих учреждений здравоохранения субъекта Российской Федерации, либо (при отсутствии на территории муниципального образования учреждений здравоохранения муниципальных образований и учреждений здравоохранения субъекта Российской Федерации) медицинских организаций, в которых в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, размещен муниципальный заказ, за исключением учреждений здравоохранения, подведомственных главным распорядителям средств федерального бюджета.

За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, предоставленных в установленном порядке бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура, оказывается государственная социальная помощь отдельным категориям граждан в виде набора социальных услуг в части обеспечения необходимыми лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов.

За счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации предоставляются:

скорая медицинская помощь, в том числе специализированная (санитарно-авиационная);

первичная медико-санитарная помощь, оказываемая гражданам при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ;

специализированная медицинская помощь, оказываемая в онкологических диспансерах (в части содержания), кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических и других специализированных медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации, входящих в номенклатуру учреждений здравоохранения, утверждаемую Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ;

высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации дополнительно к государственному заданию, сформированному в порядке, определяемом Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации;

лекарственные препараты в соответствии:

с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, включая обеспечение граждан лекарственными препаратами, предназначенными для больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, с учетом лекарственных препаратов, предусмотренных перечнем, утверждаемым Правительством Российской Федерации;

с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.

За счет бюджетных ассигнований местных бюджетов, за исключением муниципальных образований, медицинская помощь населению которых в соответствии с законодательством Российской Федерации оказывается федеральными государственными учреждениями, подведомственными Федеральному медико-биологическому агентству, могут предоставляться виды медицинской помощи, предусмотренные Программой, в случае наделения в соответствии с законом субъекта Российской Федерации органов местного самоуправления государственным полномочием субъекта Российской Федерации по решению вопросов организации оказания медицинской помощи.

В соответствии с законодательством Российской Федерации расходы соответствующих бюджетов включают в себя обеспечение медицинских организаций лекарственными препаратами, в том числе иммунобиологическими лекарственными препаратами, донорской кровью и ее

компонентами, иными средствами, изделиями медицинского назначения и дезинфекционными средствами.

Кроме того, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов (в случае наделения в соответствии с законом субъекта Российской Федерации органов местного самоуправления государственным полномочием субъекта Российской Федерации по решению вопросов организации оказания медицинской помощи) в установленном порядке предоставляются медицинская помощь, медицинские и иные услуги 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 обязательного медицинского страхования), 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 учреждениях, входящих в номенклатуру учреждений здравоохранения, утверждаемую Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, которые не участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

IV. Нормативы объема медицинской помощи

Нормативы объема медицинской помощи по ее видам в целом по Программе рассчитываются в единицах объема на 1 человека в год, по базовой программе обязательного медицинского страхования - на 1 застрахованное лицо. Нормативы используются в целях планирования и финансово-экономического обоснования размера подушевых нормативов финансового обеспечения, предусмотренных Программой, и в среднем составляют:

для скорой, в том числе специализированной (санитарно-авиационной), медицинской помощи - 0,318 вызова;

для амбулаторной, в том числе неотложной, медицинской помощи, предоставляемой в амбулаторно-поликлинических учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях, - 9,7 посещения, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 8,962 посещения;

для амбулаторной медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневных стационаров, - 0,59 пациенто-дня, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 0,49 пациенто-дня;

для стационарной медицинской помощи, предоставляемой в больничных учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях, - 2,78 койко-дня, в рамках базовой программы

обязательного медицинского страхования - 1,894 койко-дня. В норматив объема стационарной медицинской помощи не включается объем медицинской помощи, предоставляемой в санаториях, в том числе детских и для детей с родителями.

Объем медицинской помощи, оказываемой не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию гражданам Российской Федерации при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования), включается в нормативы объема амбулаторной и стационарной медицинской помощи и обеспечивается за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации и местных бюджетов (в случае наделения в соответствии с законом субъекта Российской Федерации органов местного самоуправления государственным полномочием субъекта Российской Федерации по решению вопросов организации оказания медицинской помощи).

Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой 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 формировании территориальной программы нормативы объемов медицинской помощи корректируются с учетом особенностей возрастного-полового состава, уровня и структуры заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, климатогеографических условий региона и транспортной доступности медицинских организаций.

V. Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансового обеспечения, порядок формирования и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Программой, рассчитаны исходя из расходов на ее оказание и в среднем составляют:

на 1 вызов скорой, в том числе специализированной (санитарно-авиационной), медицинской помощи - 1710,1 рубля;

на 1 посещение амбулаторно-поликлинических учреждений и других медицинских организаций или их соответствующих структурных подразделений (включая оказание неотложной медицинской помощи) - 218,1 рубля, в том числе 169,5 рубля - за счет средств обязательного медицинского страхования;

на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров - 478 рублей, в том числе 470,5 рубля - за счет средств обязательного медицинского страхования;

на 1 койко-день в больничных учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях - 1380,6 рубля, в том числе 1167 рублей - за счет средств обязательного медицинского страхования.

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, включают расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, стекла, 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).

В состав затрат на оказание медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования могут быть включены иные расходы в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.

Подушевые нормативы финансового обеспечения, предусмотренные Программой, отражают размер бюджетных ассигнований и средств обязательного медицинского страхования, необходимых для компенсации затрат по предоставлению бесплатной медицинской помощи в расчете на 1 человека в год, за счет средств обязательного медицинского страхования - на 1 застрахованное лицо в год.

Финансовое обеспечение Программы в части расходных обязательств Российской Федерации осуществляется в объемах, предусмотренных в федеральном бюджете на 2012 год.

Подушевые нормативы финансового обеспечения территориальной программы устанавливаются органом государственной власти субъекта Российской Федерации исходя из нормативов, предусмотренных разделом IV и настоящим разделом Программы, с учетом соответствующих районных коэффициентов.

Размер страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения устанавливается законом субъекта Российской Федерации не позднее 25 декабря 2011 г. в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.

Подушевые нормативы финансового обеспечения, предусмотренные Программой (без учета расходов федерального бюджета), установлены в расчете на 1 человека в год, за счет средств обязательного медицинского страхования - на 1 застрахованное лицо, и составляют в среднем 7633,4 рубля, из них:

4102,9 рубля - за счет средств обязательного медицинского страхования;

3530,5 рубля - за счет средств соответствующих бюджетов, предусматриваемых на оказание скорой, в том числе специализированной (санитарно-авиационной), медицинской помощи, специализированной, в том

числе высокотехнологичной, медицинской помощи, медицинской помощи при заболеваниях, передающихся половым путем, туберкулезе, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ, а также на содержание медицинских организаций, участвующих в обязательном медицинском страховании, и финансовое обеспечение деятельности указанных в последнем абзаце раздела III Программы медицинских организаций, не участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливаются соглашением между уполномоченным государственным органом субъекта Российской Федерации, территориальным фондом обязательного медицинского страхования, представителями страховых медицинских организаций, профессиональных медицинских ассоциаций, профессиональных союзов медицинских работников.

Дополнительные основания, виды и условия оказания медицинской помощи, а также связанные с ними объемы страхового обеспечения утверждаются территориальной программой обязательного медицинского страхования отдельно от установленных базовой программой обязательного медицинского страхования оснований, видов, условий оказания медицинской помощи, объемов соответствующего страхового обеспечения.

VI. Критерии доступности и качества медицинской помощи

Территориальной программой устанавливаются целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, на основе которых проводится комплексная оценка уровня и динамики следующих показателей:

- удовлетворенность населения медицинской помощью;
- число лиц, страдающих социально значимыми болезнями, с установленным впервые в жизни диагнозом;
- число лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами;
- смертность населения;
- смертность населения в трудоспособном возрасте;
- смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний;
- смертность населения от онкологических заболеваний;
- смертность населения от внешних причин;
- смертность населения в результате дорожно-транспортных происшествий;
- смертность населения от туберкулеза;
- материнская смертность;
- младенческая смертность;
- охват населения профилактическими осмотрами, проводимыми с целью выявления туберкулеза;
- охват населения профилактическими осмотрами, проводимыми с целью выявления онкологических заболеваний;

доступность медицинской помощи на основе оценки реализации нормативов объема медицинской помощи по видам в соответствии с Программой, а также установленных территориальной программой сроков ожидания гражданами медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке;

эффективность использования ресурсов здравоохранения (кадровых, материально-технических, финансовых и других), в том числе обеспеченность населения врачами, средним медицинским персоналом, а также больничными койками.

При реализации территориальной программы с учетом рекомендаций Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации применяются эффективные способы оплаты медицинской помощи, 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 средней стоимости стационарного лечения пациента с учетом профиля отделения, по клинико-статистической группе болезней).

Выравнивание финансовых условий реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования с учетом совокупных доходных источников их финансового обеспечения, а также стимулирование эффективности реализации территориальных программ осуществляются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**Методика расчета тарифов на оплату медицинской помощи
по обязательному медицинскому страхованию**

(Утверждена Приказом Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 г. № 158н
«Об утверждении правил обязательного медицинского страхования»)

Расчет тарифов может осуществляться на единицу объема медицинской помощи (1 койко-день в больничных учреждениях, 1 посещение амбулаторно-поликлинического учреждения, 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров, 1 вызов скорой медицинской помощи), на медицинскую услугу, за пролеченного больного, на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц.

Тарифы рассчитываются в соответствии с настоящей Методикой Правил и включают в себя статьи затрат, установленные территориальной программой.

С 1 января 2011 года по 31 декабря 2012 года тариф на оплату медицинской помощи:

1) в части базовой программы обязательного медицинского страхования включает в себя расходы, определенные Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации;

2) в части территориальных программ обязательного медицинского страхования может включать в себя часть расходов на оплату труда, начисления на выплаты по оплате труда (в части прочих выплат), расходы на оплату услуг связи, транспортных и 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 оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

В расчет тарифов включаются:

- затраты медицинской организации, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) и потребляемые в процессе ее предоставления;

- затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

К затратам, непосредственно связанным с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги), относятся:

1) затраты на оплату труда персонала, непосредственно участвующего в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги) в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации и субъектов Российской Федерации;

2) материальные запасы, полностью потребляемые в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), в соответствии с табелем оснащения медицинской организации (ее структурного подразделения) медицинским инструментарием, мягким инвентарем, изделиями медицинского назначения для оказания данного вида медицинской помощи (по профилю), нормами лечебного и профилактического питания;

3) затраты (амортизация) оборудования, используемого в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), в соответствии с табелем оснащения медицинской организации (ее структурного подразделения) медицинским оборудованием.

К затратам, необходимым для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемым непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), относятся:

1) затраты на оплату труда персонала учреждения, не участвующего непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги);

2) хозяйственные расходы;

3) затраты на уплату налогов (кроме начислений на выплаты по оплате труда), пошлины и иные обязательные платежи;

4) затраты (амортизация) зданий, сооружений и других основных фондов, непосредственно не связанных с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги).

Расчет затрат на оплату труда персонала, непосредственно участвующего в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), осуществляется исходя из суммы расходов на оплату труда указанного персонала, фонда рабочего времени, расчетных показателей объемов медицинской помощи, нормы времени на оказание медицинской услуги.

Затраты на приобретение материальных запасов и услуг, полностью потребляемых в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), включают (в зависимости от вида оказываемой медицинской помощи) затраты на медикаменты и перевязочные средства, продукты питания, мягкий инвентарь, приобретение расходных материалов для оргтехники, другие материальные запасы. Затраты на приобретение материальных запасов рассчитываются как произведение средней стоимости материальных запасов на их объем потребления в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

Сумма начисленной амортизации оборудования, используемого при оказании медицинской услуги, определяется исходя из балансовой стоимости оборудования, годовой нормы его износа и времени работы оборудования в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

Объем затрат, необходимых для обеспечения деятельности медицинской организации (*затраты на приобретение материальных запасов и услуг, полностью потребляемых в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), включают (в зависимости от вида оказываемой медицинской помощи) затраты на медикаменты и перевязочные средства,*

продукты питания, мягкий инвентарь, приобретение расходных материалов для оргтехники, другие материальные запасы. Затраты на приобретение материальных запасов рассчитываются как произведение средней стоимости материальных запасов на их объем потребления в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги) и Сумма начисленной амортизации оборудования, используемого при оказании медицинской услуги, определяется исходя из балансовой стоимости оборудования, годовой нормы его износа и времени работы оборудования в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), но не потребляемых непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), относится на стоимость медицинской помощи (медицинской услуги).

Расчет стоимости медицинской помощи (медицинской услуги) производится согласно таблице.

Расчет стоимости медицинской помощи (медицинской услуги)

(наименование медицинской услуги)

№ п/п	Наименование статей затрат	Сумма (руб.)
1.	Затраты на оплату труда персонала, непосредственно участвующего в оказании медицинской помощи	
2.	Затраты материальных запасов	
3.	Сумма начисленной амортизации оборудования, используемого при оказании медицинской помощи (медицинской услуги)	
4.	Затраты, относимые на медицинскую услугу	
5.	Итого затрат	
6.	Стоимость медицинской услуги	

Тариф за пролеченного больного рассчитывается исходя из затрат на оказание медицинских услуг с учетом их перечня, среднего количества, частоты применения и стоимости; затрат на лекарственные препараты с учетом их перечня, разовых и курсовых доз и стоимости; стоимости применяемых в процессе лечения изделий медицинского назначения; перечня препаратов крови с указанием количества, частоты предоставления и стоимости; перечня диетического (лечебного и профилактического) питания с указанием количества, частоты его предоставления и стоимости.

Расчет тарифа на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации осуществляется исходя из данных об объеме

средств в соответствии с установленной долей средств для подушевого финансирования амбулаторной медицинской помощи и численности прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц. При определении доли средств подушевого финансирования учитывается соотношение объема медицинской помощи, включенного в подушевой норматив, к общему объему оказанной медицинской помощи. В подушевой норматив финансирования медицинской организации могут включаться виды и объемы медицинской помощи, определенные территориальной программой.

Расчет тарифа на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации осуществляется с учетом коэффициентов половозрастных затрат на оказание медицинской помощи конкретной медицинской организации и иных, разработанных в субъекте Российской Федерации на основе показателей здоровья населения.

Коэффициент половозрастных затрат для конкретной медицинской организации рассчитывается с использованием относительных коэффициентов половозрастных затрат для каждой половозрастной группы прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц и их численности в этой группе. Относительные коэффициенты половозрастных затрат учитывают различия в уровне затрат на оказание медицинской помощи в зависимости от половозрастной структуры населения. Величина относительных коэффициентов рассчитывается территориальным фондом на основании фактических данных об объемах и стоимости амбулаторно-поликлинической помощи для каждой половозрастной группы за определенный период, предшествующий расчетному.

**Информационное письмо
Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации**

от 24 ноября 2011 г.

№ 14-3/10/2-11668

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации в рамках реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации сообщает.

Стандарты медицинской помощи устанавливаются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации (п. 5.2.14 Постановления Правительства РФ от 30 июня 2004 г. N 321 "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации").

В настоящее время субъекты Российской Федерации при реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения должны использовать стандарты медицинской помощи, разработанные и утвержденные Минздравсоцразвития России. Всего за период 2005-2007 годов Минздравсоцразвития России утверждено 612 стандартов медицинской помощи.

В соответствии с федеральными стандартами медицинской помощи органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения устанавливают медико-экономические стандарты.

Стандарты медицинской помощи внедряются в медицинских организациях, имеющих лицензию на соответствующие виды медицинской деятельности.

Учитывая современные требования к качеству и объему оказываемой медицинской помощи, главные внештатные специалисты-эксперты Минздравсоцразвития России совместно с ведущими специалистами разработали новые стандарты медицинской помощи, в первую очередь по наиболее часто встречающимся заболеваниям и состояниям, требующим оказания медицинской помощи в экстренной форме.

В соответствии с Федеральным законом N 323-ФЗ от 21.11.2011 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" стандарты медицинской помощи будут утверждены Минздравсоцразвития России и зарегистрированы в Министерстве юстиции Российской Федерации.

В соответствии со статьей 37 вышеуказанного Федерального закона стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения:

- 1) медицинских услуг;
- 2) зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с

инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения;

- 3) медицинских изделий, имплантируемых в организм человека;
- 4) компонентов крови;
- 5) видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания;
- 6) иного, исходя из особенностей заболевания (состояния).

Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, допускается в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии.

В соответствии с пунктом 2 статьи 80 вышеуказанного Федерального закона при оказании в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным законом от 12 апреля 2010 года N 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств", и медицинскими изделиями, которые предусмотрены стандартами медицинской помощи.

Федеральным законом N 323-ФЗ от 21.11.2011 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" предусмотрена возможность превышения усредненных показателей, установленных стандартами медицинской помощи, при условии наличия медицинских показаний с учетом индивидуальных особенностей пациента, особенностями течения заболевания, по назначению лечащего врача.

В случае госпитализации больных с заболеваниями и состояниями, требующими оказания медицинской помощи в экстренной форме, диагностические исследования, необходимые для оценки состояния больного и уточнения клинического диагноза, должны быть проведены в максимально короткий период (в пределах первого часа нахождения больного в стационаре). Мероприятия для лечения заболевания, включая назначение лекарственных препаратов, начинаются с первых минут поступления больного в стационар.

При наличии показаний и по результатам лабораторных и инструментальных исследований больному могут быть проведены дополнительные диагностические исследования, не указанные в стандарте.

Если больной направляется на госпитализацию в медицинскую организацию в плановом порядке, то комплекс медицинских услуг для диагностики заболевания, состояния, клинической ситуации может быть выполнен на амбулаторном этапе.

Решение о назначении того или иного вмешательства, диагностических исследований, лекарственных препаратов, указанных в стандарте медицинской помощи, принимается лечащим врачом с учетом состояния больного, течения

заболевания, фиксируется в первичной медицинской документации (медицинской карте стационарного больного) и подтверждается наличием письменного согласия пациента.

Если результаты исследования и данные клинической картины течения заболевания требуют проведения специальных методов диагностики и лечения, которые не могут быть проведены в медицинской организации, куда был госпитализирован больной, то после проведения необходимых вмешательств для стабилизации состояния пациент в максимально короткий срок переводится в ту медицинскую организацию, где данные медицинские услуги могут быть проведены в полном объеме. При этом результаты диагностических исследований, проведенных в медицинской организации, куда первоначально был госпитализирован больной, могут быть учтены. Если по медицинским показаниям больному после его перевода в другую медицинскую организацию требуется повторить ряд исследований, то они выполняются в необходимом объеме, учитывая клиническую картину заболевания и состояние больного.

Госпитализация больного в стационар, перевод больного из одной медицинской организации в другую медицинскую организацию осуществляется в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи по соответствующему профилю.

Если медицинская организация самостоятельно не может выполнить стандарт медицинской помощи (например, провести больному магнитно-резонансную томографию), то она вправе направить больного для проведения ряда медицинских услуг в другую медицинскую организацию, оплатив ей в дальнейшем стоимость данной услуги по тарифам, принятым на территории субъекта Российской Федерации.

Если у больного в процессе лечения выявляются признаки развития конкурирующего, фонового или сопутствующего заболевания, то лечение данного заболевания должно проводиться в соответствии со стандартом медицинской помощи при данном заболевании с исключением дублирующих услуг.

Лекарственные препараты для медицинского применения, зарегистрированные в установленном законодательством Российской Федерации порядке, назначаются по показаниям для применения в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата. При назначении лекарственных препаратов детям доза определяется с учетом массы тела, возраста и в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата.

Суточные и курсовые дозы лекарственных препаратов могут быть изменены по медицинским показаниям с учетом инструкции по применению. Например, при беременности, при развитии аллергических или токсических реакций, индивидуальных особенностей организма, наличия сопутствующих, фоновых и конкурирующих заболеваний или состояний.

Оплата за законченный случай лечения больного в случае применения соответствующего стандарта медицинской помощи производится на основании требований нормативных правовых актов Российской Федерации. При этом

законченным случаем лечения при оказании медицинской помощи в стационарных условиях признается ограниченный временным интервалом объем медицинской помощи, оказанный пациенту по основному заболеванию в медицинской организации.

Размер тарифа за законченный случай лечения рассчитывается в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, рассматривается комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Комиссия) и устанавливается тарифным соглашением в системе обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации.

Если в ходе лечения больного возникает необходимость его перевода в другое учреждение субъекта Российской Федерации, то оплата медицинской помощи осуществляется каждому из учреждений, вовлеченных в процесс оказания медицинской помощи, за фактически оказанный объем.

При оплате по тарифу за законченный случай лечения в соответствии со стандартом учитывается соотношение утвержденной и фактической длительности лечения по стандарту. При определении сроков средней продолжительности случая лечения субъектам рекомендуется установить предельные отклонения от средней длительности лечения, при которых применяется действующий тариф законченного случая.

Если необходимый результат лечения был достигнут в более короткий срок, чем это предписывается стандартом медицинской помощи, в том числе вследствие применения новых медицинских технологий, но в пределах установленного отклонения, лечебно-профилактическое учреждение вправе выписать данного пациента из стационара, а оплата за данный случай лечения должна быть произведена в полном объеме.

Если больной провел в стационаре менее необходимого по стандарту срока лечения (самовольный уход, перевод в другое учреждение, отказ от продолжения лечения и т.д.), то оплата осуществляется за фактический объем медицинской помощи по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Если по медицинским показаниям при наличии факторов, утяжеляющих течение патологического процесса, длительность лечения больного превысила сроки, регламентированные стандартом медицинской помощи с учетом установленного отклонения, оплата осуществляется за фактический объем медицинской помощи по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

При оказании медицинской помощи больному по основному заболеванию, а также в случае конкурирующего, фонового или сопутствующего заболевания оплата будет осуществляться за фактический объем медицинской помощи по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказываемой в рамках базовой программы обязательного

медицинского страхования, включают на настоящий момент следующие статьи расходов:

- расходы на заработную плату;
- начисления на оплату труда;
- приобретение медикаментов и перевязочных средств, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, стекла, химпосуды и прочих материальных запасов или расходы по оплате стоимости лабораторных и инструментальных исследований, производимых в других учреждениях (при отсутствии своей лаборатории и диагностического оборудования);
- приобретение мягкого инвентаря;
- приобретение продуктов питания или расходы по оплате организации питания предприятиями общественного питания (при отсутствии своего пищеблока).

Доля средств тарифа, выделяемая на заработную плату и начисления на оплату труда, направляется в фонд оплаты труда медицинской организации. Распределение данных средств между работниками учреждения производится в соответствии с действующим законодательством с учетом выплат компенсационного и стимулирующего характера. Распределение фонда оплаты труда определяется коллективным договором, соглашением, локальными нормативными актами в соответствии с трудовым законодательством, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, содержащими нормы трудового права.

Средства региональных программ модернизации здравоохранения на 2011-2012 годы, направляемые на заработную плату медицинских работников, являются дополнительными к существующим стимулирующим надбавкам.

Министр
Т.А. Голикова

**Информационное письмо
Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации**

от 20 марта 2012 г.

№ 57-0/10/2-2587

Руководителям органов государственной
власти субъектов Российской Федерации
в сфере охраны здоровья

В дополнение к письму Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 ноября 2011 г. № 14-3/10/2-11668 Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации сообщает следующее.

Частью 3 статьи 50 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» среди целей региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации (далее также - Программы модернизации) предусмотрено внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами (далее также - внедрение стандартов медицинской помощи).

Пунктом 7 Правил финансового обеспечения в 2011-2012 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 15 февраля 2011 г. № 85, установлено, что субсидии из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования являются источником финансового обеспечения расходов бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования, в том числе в части внедрения стандартов медицинской помощи.

Пунктом 10 указанных Правил определен перечень условий предоставления территориальным фондом обязательного медицинского страхования указанных средств страховым медицинским организациям (при их отсутствии на территории субъекта Российской Федерации - непосредственно медицинским организациям).

Согласно части 1 статьи 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» (далее – Закон № 323-ФЗ) медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи с 1 января

2013 года. В соответствии с частью 2 статьи 37 Закона № 323-ФЗ порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи утверждаются Минздравсоцразвития России с 1 января 2012 года. При этом вступление в силу части 2 статьи 37 Закона № 323-ФЗ с 1 января 2012 года не отменяет всех изданных до этого времени нормативных правовых актов, в том числе нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации, утверждающих стандарты медицинской помощи.

Кроме того, частью 11 статьи 100 Закона № 323-ФЗ предусматривается, что до 1 января 2013 года медицинскими организациями при реализации Программ модернизации могут применяться стандарты медицинской помощи, утвержденные Минздравсоцразвития России до вступления в силу указанного закона. Учитывая положения части 11 статьи 100 Закона № 323-ФЗ, медицинские организации вправе до 1 января 2013 года также применять при реализации Программ модернизации и иные стандарты медицинской помощи, утвержденные до 1 января 2012 года.

Из вышеизложенного следует, что в случае отсутствия принятых Минздравсоцразвития России в 2012 году стандартов медицинской помощи по отдельным заболеваниям (состояниям), утвержденные до вступления в силу Закона № 323-ФЗ стандарты медицинской помощи по этим заболеваниям (состояниям), в том числе региональные стандарты медицинской помощи, утвержденные органами государственной власти субъектов Российской Федерации до 1 января 2012 года, могут применяться медицинскими организациями в 2012 году, в том числе при реализации Программ модернизации, до дня утверждения Минздравсоцразвития России стандартов медицинской помощи по указанным заболеваниям (состояниям).

Министр
Т.А Голикова