

**О ФОРМИРОВАНИИ И ЭКОНОМИЧЕСКОМ ОБОСНОВАНИИ  
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ  
ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
НА 2024 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2025 И 2026 ГОДОВ**

1. Органы государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2023 г. № 2353 (далее – Программа), разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающие в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования (далее соответственно – территориальная программа, территориальная программа ОМС).

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

Бюджетные ассигнования федерального бюджета и бюджета субъекта Российской Федерации, предусмотренные на реализацию государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» и входящих в нее федеральных проектов постановлением Правительства от 26 декабря 2017 г. № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (далее – государственная программа «Развитие здравоохранения»), финансирование мероприятий и мер по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения, а также средства ОМС, предусмотренные в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – Федеральный фонд) на финансовое обеспечение предоставления застрахованным лицам специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского

страхования (далее соответственно – федеральная медицинская организация, базовая программа), в стоимость территориальной программы не включаются.

Территориальные нормативы объема и финансового обеспечения единицы объема медицинской помощи, оказываемой за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и средств ОМС, формируются на основании средних нормативов объема медицинской помощи и средних нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных **приложением № 2 к Программе**, с учетом особенностей половозрастного состава, уровня и структуры заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики, климатических и географических особенностей региона, транспортной доступности медицинских организаций и плотности населения на территории субъекта Российской Федерации и утверждаются в виде приложения (в табличной форме) к территориальной программе, а также могут быть указаны в ее текстовой части.

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

Разъяснения по оплате медицинской помощи за счет средств ОМС, в том числе применение коэффициента уровня медицинской организации, представлены в Методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования на 2024 год (далее – Методические рекомендации).

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

~~Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий, в том числе территориальной программы ОМС, и перечень медицинских организаций,~~

проводящих профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию, в том числе углубленную, является приложением к территориальной программе государственных гарантий и включает полный пронумерованный перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий, с указанием медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в соответствии с реестром медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС

Приложением к территориальной программе устанавливается полный пронумерованный перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы, в том числе территориальной программы ОМС в соответствии с реестром медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, с указанием медицинских организаций, проводящих профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию, в том числе углубленную, согласно приложению 3 к настоящим разъяснениям.

Федеральная медицинская организация включается в приложение 3 к настоящим разъяснениям в указанный перечень медицинских организаций в случае распределения ей объема предоставления медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет средств ОМС в рамках территориальной программы ОМС.

При формировании и экономическом обосновании территориальной программы и определении объема финансового обеспечения территориальной программы ОМС следует включать в нее объемы скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и первичной медико-санитарной и первичной специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемые федеральными медицинскими организациями, подведомственными Федеральному медико-биологическому агентству, населению закрытых административно-территориальных образований (далее — ЗАТО), территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в соответствующий перечень, а также работникам организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда, утвержденные распоряжением Правительства Российской Федерации от 21 августа 2006 г. № 1156-р (далее соответственно — ФМБА России, территории, подлежащие обслуживанию ФМБА России, работники организаций с особо опасными условиями труда).

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

- при наличии в их структуре станции (отделения) скорой медицинской

помощи с выездными бригадами скорой медицинской помощи, санитарного автотранспорта, оснащенного медицинским оборудованием в соответствии со стандартом, установленным приложением № 5 к Порядку оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н, в случае распределения им объемов предоставления скорой медицинской помощи, включая медицинскую эвакуацию, в рамках территориальной программы ОМС, ~~в том числе при заболеваниях и состояниях, не входящих в базовую программу;~~

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

~~Предоставление дополнительных видов и объемов медицинской помощи, предусмотренных законодательством Российской Федерации, населению территорий, подлежащих обслуживанию федеральными медицинскими организациями ФМБА России, и работников организаций с особо опасными условиями труда), в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу, осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и не включается в объемы медицинской помощи по видам и условиям ее оказания, утвержденные территориальной программой ОМС. В то же время, фактически выполненные федеральными медицинскими организациями ФМБА России объемы комплексных посещений в рамках проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации учитываются при расчете показателей реализации государственной программы «Развитие здравоохранения» в субъекте Российской Федерации. УТОЧНИТЬ!!!~~

~~Объемы специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи (в случаях, когда потребность в ней указанных категорий населения не обеспечивается за счет объемов специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного и круглосуточного стационара в рамках базовой программы, распределенных Минздравом России совместно с Федеральным фондом федеральной медицинской организации, расположенной в ЗАТО)~~

также следует учитывать при формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий и определении объема финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования.

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

Вместе с тем в целях недопущения ограничения доступности для населения специализированной, преимущественно высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара иными федеральными медицинскими организациями в рамках базовой программы за счет обособленных средств бюджета Федерального фонда, в территориальной программе необходимо отразить информацию о прогнозном объеме на 2024 год такой медицинской помощи в разрезе условий оказания и профилей медицинской помощи, которая может быть оказана федеральными медицинскими организациями. Объем указанной медицинской помощи принимается во внимание субъектом Российской Федерации при формировании территориальной программы ОМС в соответствии с установленными Программой средними нормативами, однако указанные нормативы не включаются в территориальную программу и не учитываются при определении объема ее финансового обеспечения.

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

Финансовое обеспечение проведения осмотров врачами и диагностических исследований в целях медицинского освидетельствования лиц, желающих усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей, оставшихся без попечения родителей, в части видов

медицинской помощи и по заболеваниям, входящим в базовую программу, застрахованным лицам осуществляется за счет средств ОМС, в части видов медицинской помощи и по заболеваниям, не входящим в базовую программу, – за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

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

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

За счет средств ОМС осуществляется финансовое обеспечение медицинской помощи в случае выявления заболевания, включенного в базовую программу, в рамках проведения обязательных диагностических исследований при постановке граждан на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные профессиональные организации или военные образовательные организации высшего образования, заключении с Министерством обороны Российской Федерации договора об обучении в военном учебном центре при федеральной государственной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки или в военной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки сержантов, старшин запаса, либо программе военной подготовки солдат, матросов запаса, призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу.

Финансовое обеспечение медицинского освидетельствования в целях

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

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

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

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

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

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

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

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

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

медицинской помощи (в амбулаторных условиях, условиях дневного и круглосуточного стационара), а также по ее видам (для скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, первичной медико-санитарной помощи, специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи) и формам (для медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме в амбулаторных условиях).

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

В целях определения потребности населения в объемах медицинской помощи по видам и условиям ее оказания необходимо провести анализ показателей здоровья населения, включая медико-демографические показатели и показатели уровня и структуры заболеваемости населения, основанных на данных медицинской статистики, а также фактического выполнения объема медицинской помощи по видам и условиям ее оказания в динамике не менее чем за 3 предыдущих года, по данным формы федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению», формы федерального статистического наблюдения № 14-МЕД (ОМС) «Сведения о работе медицинских организаций в сфере ОМС» и иных форм статистического наблюдения (далее – формы федерального статистического наблюдения).

По данным Росстата на 1 января 2023 г. в структуре населения Российской Федерации женщины составляют 53,5 %, мужчины - 46,5 %, дети (в возрасте от нуля до семнадцати лет включительно) - 20,6 %, взрослые (в возрасте 18 лет и старше) - 79,4 %, лица в возрасте 65 лет и старше - 16,5 %.

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

Обоснование территориальных дифференцированных нормативов объема медицинской помощи на одного жителя/одно застрахованное лицо осуществляется с учетом региональных особенностей, при этом Программой субъектам Российской Федерации дано право на основе перераспределения объемов медицинской помощи по видам, условиям и формам ее оказания устанавливать дифференцированные нормативы объема медицинской помощи на одного жителя/одно застрахованное лицо с учетом этапов оказания медицинской помощи, уровня и структуры заболеваемости (Приложения № 8,



транспортной доступности медицинских организаций, их материально-технической базы, мощности и кадрового потенциала в разрезе профилей врачебных специальностей, в значительной степени определяющих маршрутизацию пациентов, а также климатических и географических особенностей регионов, учитывая приоритетность финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Высший исполнительный орган государственной власти субъекта

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

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

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

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

**Брянской области, Ивановской области, Курской области, Липецкой области, Ярославской области, Республики Карелия, Ненецкого автономного округа, Республики Адыгея, Республики Северная Осетия – Алания, Республики Татарстан, Саратовской области, Тюменской области – в размере 0,8;**

Владимирской области, Воронежской области, Смоленской области, Тверской области, Тульской области, г. Москвы, Новгородской области, Ростовской области, Республики Дагестан, Республики Башкортостан, Удмуртской Республики, Оренбургской области, Пензенской области, Ульяновской области, Ямало-Ненецкого автономного округа, Томской области, Магаданской области – в размере 0,9.

В случае применения рекомендованных понижающих коэффициентов при расчете территориальных нормативов объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, могут быть увеличены как соответствующие нормативы финансовых затрат на единицу объема нормированной медицинской помощи, так и доля затрат на ненормируемую медицинскую помощь (медицинские работы/услуги), не включенные в базовую программу виды высокотехнологичной медицинской помощи, иные расходы (на бесплатное/льготное лекарственное обеспечение и зубное протезирование отдельных категорий граждан, санитарно-авиационную эвакуацию, медицинскую помощь незастрахованным лицам и пр.). При этом уменьшение подушевого норматива финансирования территориальной программы за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов (далее – подушевой норматив финансирования счет бюджетных средств) недопустимо!

Рекомендуемые для установления в территориальных программах дифференцированные нормативы объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, на 2024 год с учетом вышеуказанных коэффициентов дифференциации объема медицинской помощи представлены в приложении 4 к настоящим разъяснениям.

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

Дифференцированные нормативы объема медицинской помощи устанавливаются для каждого уровня медицинской организации в расчете на одного жителя/одно застрахованное лицо субъекта Российской Федерации на основе распределения объема медицинской помощи для медицинских

организаций первого, второго и третьего уровней в субъекте Российской Федерации, а также с учетом объема медицинской помощи, оказываемой **застрахованным лицам** за пределами субъекта Российской Федерации.

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

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

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

Территориальные фонды представляют информацию о размере финансового обеспечения медицинской помощи, планируемой к оказанию застрахованным лицам вне территории страхования, в соответствии с приложением 12 к настоящему письму.

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

На втором этапе устанавливаются нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, при этом учитываются параметры заработной платы работников, занятых в сфере здравоохранения, а также увеличение **расходов затрат** на другие статьи расходов.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов

устанавливаются с учетом региональных особенностей и обеспечивают выполнение расходных обязательств субъектов Российской Федерации, в том числе в части заработной платы медицинских работников.

Применение поправочных повышающих коэффициентов, отражающих региональные особенности формирования долей расходов в структуре затрат на оказание медицинской помощи, отражается в территориальной программе и пояснительной записке к ней с представлением дополнительного обоснования неприменения указанных коэффициентов к бюджетным расходам в случаях, когда при формировании и экономическом обосновании стоимости территориальной программы ОМС применяются поправочные повышающие коэффициенты, рассчитанные в соответствии с Методикой распределения субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам Территориальных фондов на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462, суммарное значение которых превышает 1,000.

При установлении в территориальной программе дифференцированных нормативов объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, осуществляется перераспределение указанных бюджетных ассигнований по видам и условиям оказания медицинской помощи в пределах размера подушевого норматива финансирования за счет бюджетных средств.

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

Кроме того, с 2024 года постановлением Правительства Российской Федерации от 30 сентября 2023 г. № 1618 «О внесении изменений в методику распределения субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации

полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» в расчет субвенции введен новый коэффициент доступности медицинской помощи, который обеспечит дополнительное увеличение субвенции для регионов с низкой плотностью населения, наличием труднодоступных и отдаленных местностей.

Указанный коэффициент доступности рекомендуется применять к нормативу финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, связанным с оказанием медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами.

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

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

Кроме того, подушевой норматив финансирования за счет бюджетных средств включает в числе прочих расходы на:

- оказание в медицинских организациях, подведомственных исполнительным органам субъектов Российской Федерации:

высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП) в соответствии с разделом II перечня видов ВМП, **не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования;**

медицинской деятельности, связанной с донорством органов и тканей человека в целях трансплантации (пересадки), в том числе обследование донора, давшего письменное информированное добровольное согласие на изъятие своих органов и (или) тканей для трансплантации;

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

генетических центрах/консультациях), медико-генетических исследований;

- возмещение расходов указанных медицинских организаций, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в территориальных программах ОМС;

- обеспечение лекарственными препаратами:

для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или к их инвалидности, граждан зарегистрированными в установленном порядке на территории Российской Федерации;

в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и медицинские изделия в соответствии с законодательством Российской Федерации отпускаются по рецептам врачей бесплатно;

в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой;

- зубное протезирование отдельным категориям граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации, оказание социальных услуг и предоставления иных мер социальной защиты (поддержки) пациента, в том числе в рамках деятельности выездных патронажных бригад.

При наличии обоснованной потребности субъект Российской Федерации вправе устанавливать за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации, направляемых в бюджет Территориального фонда, дополнительные объемы медицинской помощи и финансового обеспечения по территориальной программе ОМС, превышающие средние нормативы объема и стоимости единицы объема медицинской помощи по видам и условиям оказания, установленные Программой в рамках базовой программы, в том числе на оказание населению высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с разделом I перечня видов ВМП, **включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования** - при условии выполнения в полном объеме расходных обязательств субъекта Российской Федерации по финансовому обеспечению оказания медицинской помощи и осуществлению иных мероприятий и мер социальной поддержки, финансируемых за счет бюджетных ассигнований **соответствующих** бюджетов в рамках территориальной программы, стоимость которой за счет **указанного источника** рассчитана на основании подушевого норматива финансирования за счет бюджетных средств, равного или превышающего средний подушевой норматив, установленный Программой.



Подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет средств ОМС устанавливается с учетом коэффициента дифференциации **и коэффициента доступности**.

Следует устанавливать в территориальной программе размер подушевого норматива ее финансирования и нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов с учетом региональных особенностей в тех субъектах Российской Федерации, в которых указанные финансовые нормативы за счет средств ОМС в рамках базовой программы рассчитываются на основании установленных постановлением Правительства Российской Федерации № 462 положений с учетом коэффициента дифференциации **и коэффициента доступности, суммарно превышающих**

В целях организации обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет средств ОМС включает расходы на организацию осуществления полномочий Российской Федерации, переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации (средства на административно-управленческие расходы системы ОМС), которые планируются как сумма расходов на ведение дела страховых медицинских организаций (в соответствии с установленным в бюджете Территориального фонда на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов нормативом в размере не менее 0,8 % и не более 1,1 % от суммы средств, поступивших в страховую медицинскую организацию по дифференцированным подушевым нормативам) и расходов на обеспечение выполнения Территориальным фондом своих функций, установленных законом о бюджете Территориального фонда в соответствии с законодательством Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования.

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

Не допускается установление за счет субвенции Федерального фонда в территориальной программе ОМС расходов на обеспечение Территориальным фондом своих функций и расходов на ведение дела страховых медицинских организаций за счет снижения средних нормативов объема медицинской помощи и их финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, предусмотренных постановлением Правительства Российской Федерации № 2353.

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

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

При формировании и определении стоимости территориальной программы на 2024 год за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, а также стоимости территориальной программы ОМС за счет средств ОМС учитывается соответственно численность населения субъекта Российской Федерации по прогнозу Росстата на 1 января 2023 года и численность застрахованных лиц по данным единого регистра застрахованных лиц на 1 января 2023 года.

Размер бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов на реализацию территориальной программы на 2024 год определяется исходя из величины подушевого норматива финансирования за счет **бюджетных** средств, установленного территориальной программой, и численности населения субъекта Российской Федерации.

В случае утверждения **стоимости** территориальной программы на 2024 год с дефицитом ее финансового обеспечения за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, необходимо в срок до 1 февраля

- информацию о размере:

утвержденных бюджетных ассигнований (за исключением взносов на ОМС неработающего населения), направляемых на реализацию территориальной программы в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу, **и иных расходов** (с выпиской из закона субъекта Российской Федерации о бюджете субъекта Российской Федерации);

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

- график ликвидации указанного дефицита.

Для определения стоимости территориальной программы ОМС в части базовой программы необходимо величину среднего подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного Программой на **2023 и доступности** и на численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации по состоянию на 1 января ~~2022~~ **2023** года.

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

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

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

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

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

## 4.1 Первичная медико-санитарная помощь

В соответствии с **Федеральным законом № 323-ФЗ** первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения. Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

Программой предусмотрена приоритетность финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи.

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

*с профилактической и иными целями (посещений, комплексных посещений)*

за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов:

территориальный норматив ~~объема медицинской помощи~~ **посещений** с профилактической и иными целями, включающий **в том числе** ~~норматив объема медицинской помощи~~ разовые посещения при заболеваниях, включая паллиативную медицинскую помощь (норматив ~~объема первичной медицинской помощи~~, в том числе доврачебные и врачебные, включающий в себя посещения по паллиативной медицинской помощи без учета посещений на дому патронажными бригадами и посещения на дому выездными патронажными бригадами);

за счет средств ОМС в рамках базовой программы:

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

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

- территориальный норматив посещений с иными целями;

*по поводу заболевания (обращений):*

за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов:

- территориальный норматив обращений в связи с заболеваниями;

за счет средств ОМС в рамках базовой программы:

- территориальный норматив обращений в связи с заболеваниями, включая:

территориальные нормативы в связи с проведением отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвуковых исследований сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний, патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

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

*в неотложной форме (посещений)*

за счет средств ОМС в рамках базовой программы:

- территориальный норматив посещений в неотложной форме.

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

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

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

- профилактические посещения, включая посещения в рамках диспансеризации, при социально-значимых заболеваниях (заболеваниях, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдроме приобретенного иммунодефицита, туберкулезе, психических расстройствах и расстройствах поведения, связанных в том числе с употреблением психоактивных веществ); посещения в рамках профилактических мероприятий, в том числе при проведении профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также в образовательных организациях высшего образования (включая посещения, связанные с проведением медико-психологического тестирования) в целях раннего (своевременного) выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также консультации (осмотры) врачами-психиатрами, наркологами при проведении профилактического медицинского осмотра;

- посещения с иными целями, в том числе консультации пациентов врачами-психиатрами и врачами-фтизиатрами при заболеваниях, включенных в базовую программу, а также лиц, находящихся в стационарных организациях социального обслуживания, включая медицинскую помощь, оказываемую выездными психиатрическими бригадами; посещения для проведения медико-психологического консультирования и получения психологических рекомендаций при заболеваниях, не входящих в базовую программу; посещения с целью медико-психологического консультирования и предоставления психологических рекомендаций по вопросам, связанным с терминальной стадией заболевания, характером и особенностями паллиативной медицинской помощи, оказываемой пациентам в хосписах и больницах сестринского ухода, и их родственникам.

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

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

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

от 10 сентября 2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (зарегистрировано в Минюсте России 18 августа 2017 г. № 47855);

от 15 февраля 2013 г. № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (зарегистрировано в Минюсте России 2 апреля 2013 г. № 27964) (далее – приказ Минздрава России № 72н);

от 21 апреля 2022 г. № 275н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» (зарегистрировано в Минюсте России

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

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

В то же время при расчете фактического показателя реализации регионального сегмента федерального проекта «Развитие системы оказания

первичной медико-санитарной помощи» субъект Российской Федерации учитывает и включает в него количество ежегодных периодических медицинских осмотров работников, осуществленных в 2024 году за счет средств работодателя в соответствии с нормами трудовыми законодательными и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, а также периодических (ежегодных) медицинских осмотров граждан, проходящих военную и приравненную к ней службу, проводимых за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета.

Обоснование территориальных нормативов объема комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации на 2024 год приводится в таблице согласно приложению 5 к настоящим разъяснениям и представляется в Федеральный фонд.

Средний норматив объема комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних учитывает посещения для проведения профилактических медицинских осмотров учитывают сложившуюся в субъекте Российской Федерации кратность посещений при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, отражаемую в указанной таблице.

Субъект Российской Федерации вправе в соответствии с рекомендациями Минздрава России выделять в структуре территориального норматива объема медицинской помощи для проведения профилактических медицинских осмотров (комплексных посещений) за счет средств ОМС отдельные нормативы для диагностических (лабораторных) исследований с целью выявления вирусного гепатита С (скрининг на выявление вирусного гепатита С) среди граждан в возрасте от 18 лет и старше из расчета проведения таких исследований с кратностью 1 раз в 5/10 лет.

Территориальный норматив комплексных посещений для проведения диспансеризации включает комплексные посещения в рамках первого этапа диспансеризации. Объем медицинской помощи второго этапа диспансеризации включен в норматив объема медицинской помощи по обращениям в связи с заболеваниями.

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

Статьей 1 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» определено понятие «дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации». К этой категории отнесены: дети-сироты; дети, оставшиеся без попечения родителей; дети-инвалиды; дети с ограниченными возможностями здоровья, то есть имеющие недостатки в физическом и (или) психическом развитии; дети -



жертвы вооруженных и межнациональных конфликтов, экологических и техногенных катастроф, стихийных бедствий; дети из семей беженцев и вынужденных переселенцев; дети, оказавшиеся в экстремальных условиях; дети - жертвы насилия; дети, отбывающие наказание в виде лишения свободы в воспитательных колониях; дети, находящиеся в образовательных организациях для обучающихся с девиантным (общественно опасным) поведением, нуждающихся в особых условиях воспитания, обучения и требующих специального педагогического подхода (специальных учебно-воспитательных учреждениях открытого и закрытого типа); дети, проживающие в малоимущих семьях; дети с отклонениями в поведении; дети, жизнедеятельность которых объективно нарушена в результате сложившихся обстоятельств и которые не могут преодолеть данные обстоятельства самостоятельно или с помощью семьи.

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

Во исполнение пункта 1.5 Комплекса мер в приложении № 2 к Программе (сноска «7») предусмотрены отдельные средние нормативы объема медицинской помощи для детей, проживающих в организациях, по диспансеризации (не менее 0,000078 комплексного посещения на 1 такого ребенка) и диспансерному наблюдению (не менее 0,000157 комплексного посещения на 1 такого ребенка), которые субъект Российской Федерации вправе корректировать при установлении размер соответствующего территориального норматива объема с учетом реальной потребности населения.

Территориальный норматив финансовых затрат на единицу указанного объема профилактической медицинской помощи на 2024 – 2026 годы субъект Российской Федерации устанавливает самостоятельно на основе Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях, утвержденного приказом Минздрава России и № 302н) и Порядка проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, утвержденного приказом Минздрава России № 72н, с учетом возраста детей, проживающих в организациях

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

Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации (далее – Комиссия) распределяет медицинским организациям объемы профилактических медицинских осмотров и (или) диспансеризации исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям с учетом положений, установленных Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н (Зарегистрировано в Минюсте России 17 мая

В случае проведения профилактических медицинских осмотров и (или) диспансеризации в иной медицинской организации перераспределение объемов медицинской помощи между ней и медицинской организацией, в которой гражданин получает первичную медико-санитарную помощь, не требуется.

При этом, исходя из согласно положениям пункта 10.1 Приказа № 515н, следует, что иная медицинская организация по согласованию с работодателем и (или) руководителем образовательной организации формирует и направляет в Территориальный фонд предварительный перечень граждан для прохождения профилактических медицинских осмотров и (или) диспансеризации в иной медицинской организации, в том числе по месту нахождения мобильной медицинской бригады, организованной в структуре иной медицинской организации (включая место работы и учебы), предусматривающий адрес, дату и время проведения профилактических

медицинских осмотров и (или) диспансеризации, фамилию, имя, отчество (при наличии), возраст (дату рождения), номер полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета работника и (или) обучающегося.

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

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

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

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

При этом оплата профилактических медицинских осмотров и (или) диспансеризации, проведенных иной медицинской организацией, расположенной на территории страхования подлежащих таким профилактическим мероприятиям лиц, профилактических медицинских осмотров и (или) диспансеризации может осуществляться в рамках межучрежденческих расчетов между ней и медицинской организацией, в которой гражданин застрахованное лицо получает первичную медико-санитарную помощь, в следующих случаях: на основании договоров о

возмездном оказании медицинских услуг между медицинскими организациями (без участия страховой медицинской организации), заключенных на общих основаниях, предусмотренных Гражданским кодексом Российской Федерации. Кроме того, возмещение указанных затрат иной медицинской организацией может производиться страховой медицинской организацией по тарифам для проведения межучрежденческих, в том числе межтерриториальных ???, расчетов, установленным тарифным соглашением территории страхования.

~~— через страховую медицинскую организацию (по тарифам для проведения межучрежденческих, в том числе межтерриториальных, расчетов, установленным тарифным соглашением);~~

~~— в рамках договоров о возмездном оказании медицинских услуг между медицинскими организациями без участия страховой медицинской организации, заключенных на общих основаниях, предусмотренных Гражданским кодексом Российской Федерации.~~

Оплата проведенных иной медицинской организацией профилактических медицинских осмотров и (или) диспансеризации застрахованным лицам из других субъектов Российской Федерации (вне территории страхования) осуществляется в рамках межтерриториальных расчетов в соответствии с Главой X Правил.

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

С 2024 года для женщин и мужчин репродуктивного возраста предусмотрено одновременно с прохождением профилактического осмотра или диспансеризации проведение поэтапно (в зависимости от возрастных групп) диспансеризации, направленной на оценку их репродуктивного здоровья (далее – диспансеризация для оценки репродуктивного здоровья), включающей исследования и иные медицинские вмешательства по перечню согласно приложению № 6 к Программе.

При невозможности проведения в медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, осмотров врача акушера-гинеколога, врача-уролога (врача-хирурга, прошедшего подготовку по вопросам репродуктивного здоровья) и диагностических (лабораторный и инструментальных) исследований по перечню приложения № 6 к Программе, к проведению диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья привлекаются соответствующие врачи иных медицинских организаций (в том числе на основе выездных форм работы), а также их диагностические подразделения исследований мазков, ультразвуковых исследований органов малого таза и

наружных половых органов, молочных желез), в том числе врачи-специалисты и медицинское оборудование федеральных медицинских организаций, с последующим возмещением затрат иных медицинских организаций в рамках межучрежденческих взаиморасчетов.

Территориальные нормативы объема комплексных посещений в целях проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья за счет средств ОМС устанавливаются субъектами Российской Федерации самостоятельно в соответствии с порядком проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья отдельных групп населения, и перечнем исследований и иных медицинских вмешательств, дифференцированных по полу и возрасту фертильных граждан, иным критериям, установленным Минздравом России, исходя из численности населения, подлежащей обследованию и оценке состояния репродуктивного здоровья.

Приложением № 2 к Программе (сноска «7») предусмотрены средние нормативы финансовых затрат на одно комплексное посещение в рамках диспансеризации граждан репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья: в 2024 году – 3 650,1 рубля, в 2025 году – 3 876,1 рубля, в 2026 году – 4 104 рубля, которые учитываются при формировании соответствующих территориальных нормативов.

На 2024–2026 год в Программе предусмотрено финансовое обеспечение проведения углубленной диспансеризации застрахованных по ОМС, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19) (далее – углубленная диспансеризация).

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

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

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

**В норматив комплексных посещений для проведения диспансеризации территориальной программы ОМС в рамках базовой программы не включают посещения по диспансеризации государственных гражданских служащих Российской Федерации и муниципальных служащих, обязательность которой**

для замещения должности федеральной государственной гражданской службы и государственной гражданской службы субъектов Российской Федерации установлена пунктом 4 части 1 статьи 16 Федерального закона от 27 июля 2004 г. № 79-ФЗ «О государственной гражданской службе Российской Федерации», а для замещения должности муниципальной службы – пунктом 4 части 1 статьи 13 Федерального закона от 2 марта 2007 г. № 25-ФЗ «О муниципальной службе в Российской Федерации».

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

2009

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

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

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

комплексных посещений для проведения диспансеризации в случае направления целевых межбюджетных трансфертов из бюджета субъекта Российской Федерации в бюджет Территориального фонда на финансовое обеспечение соответствующих объемов профилактической медицинской помощи в дополнение к установленным в территориальной

п  
р  
о

В то же время при расчете фактического показателя реализации регионального сегмента федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» субъект Российской Федерации учитывает и включает в него количество ежегодных комплексных посещений по диспансеризации государственных гражданских служащих и муниципальных служащих, осуществленных в 2024 году за счет за счет

е

О  
М

бюджетных ассигнований федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации, независимо от включения их в объемы профилактической медицинской помощи территориальной программы, в том числе территориальной программы ОМС.

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

Посещения с иными целями включают:

- разовые посещения в связи с заболеваниями;
- посещения центров здоровья;
- посещения медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;
- посещения центров амбулаторной онкологической помощи;
- посещения ~~в связи с выдачей~~ для получения справок и иных медицинских документов, ~~в связи с~~ другими причинами.

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

При планировании объемов медицинской помощи по диспансерному наблюдению на ~~2023—~~**2024** год следует руководствоваться приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации:

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

от 16 мая 2019 г. № 302н «Об утверждении порядка прохождения

несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях» (зарегистрировано в Минюсте России 7 июня 2019 г. № 54887);

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

Территориальный норматив объема медицинской помощи по диспансерному наблюдению включает в себя объемы медицинской помощи застрахованным по ОМС лицам от 18 лет и старше и не включает в себя первое посещение в году, которое оплачивается в рамках профилактических осмотров.

Объем медицинской помощи по диспансерному наблюдению детей включен в норматив объема медицинской помощи по обращениям в связи с заболеваниями. ОПЯТЬ ??? противоречит п. 2.1.6. приложения № 6 к Программе !!!

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

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

В целях профилактики развития профессиональных заболеваний или осложнений, обострений имеющихся хронических неинфекционных заболеваний у работающих лиц, застрахованных по ОМС, Программой предусмотрена возможность организации проведения диспансерного наблюдения работников по месту осуществления служебной деятельности (далее – диспансерное наблюдение работающих граждан):

при наличии у работодателя подразделения (кабинет врача, здравпункт, медицинский кабинет, медицинская часть и другие подразделения), оказывающего медицинскую помощь работникам организации силами и средствами такого подразделения;

при отсутствии у работодателя указанного подразделения – путем заключения работодателем договора с государственной (муниципальной) медицинской организацией любой подведомственности, участвующей в реализации территориальной и/или базовой программы ОМС и имеющей материально-техническую базу и медицинских работников, необходимых для проведения диспансерного наблюдения работающего гражданина, с оплатой



такой медицинской помощи по отдельным реестрам счетов в порядке, устанавливаемом Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Копия договора о проведении диспансерного наблюдения работающих граждан между работодателем и указанной медицинской организацией, заверенная в установленном порядке, направляется медицинской организацией в Территориальный фонд соответствующего субъекта Российской Федерации (по месту проведения диспансерного наблюдения работающих граждан) в целях последующей оплаты оказанных комплексных посещений по диспансеризации работающих граждан в рамках отдельных реестров счетов.

Диспансерное наблюдение работающего гражданина также может быть проведено медицинской организацией, к которой прикреплен работающий гражданин, с использованием выездных методов работы и организацией осмотров и исследований по месту осуществления гражданином служебной деятельности.

Если медицинская организация, осуществляющая диспансерное наблюдение работающего гражданина, не является медицинской организацией, к которой прикреплен работающий гражданин, то данная организация направляет сведения о результатах прохождения работающим гражданином диспансерного наблюдения в медицинскую организацию, к которой прикреплен гражданин, с использованием Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения в течение 3 рабочих дней после получения указанных результатов.

Порядок проведения диспансерного наблюдения работающих граждан и порядок обмена между медицинскими организациями информацией о его результатах устанавливаются Министерством здравоохранения Российской Федерации, которое дает разъяснения по порядку проведения диспансерного наблюдения работающих граждан, а также осуществляет его мониторинг.

Территориальные фонды ведут учет всех случаев проведения диспансерного наблюдения работающих граждан (в разрезе каждого застрахованного работающего гражданина) и осуществляют контроль за правильностью такого учета в целях исключения дублирования данного наблюдения с ежемесячной передачей соответствующих обезличенных данных Федеральному фонду.

Приложением № 2 к Программе (сноска «7») предусмотрены средние нормативы финансовых затрат на одно комплексное посещение в рамках проведения диспансерного наблюдения работающих граждан: в 2024 году – 2 288,8 рубля, в 2025 году – 2 430,7 рубля, в 2026 году – 2 574,1 рубля, которые учитываются при формировании соответствующих территориальных нормативов.

**Разъяснения по порядку оплаты диспансерного наблюдения работающих граждан дает Федеральный фонд.**

Объем медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической и иными целями, на 2024 год рекомендуется обосновать в разрезе видов посещений и включить обоснование в виде приложения к территориальной программе в соответствии с формами, представленными в приложениях б к настоящим разъяснениям.

Субъекты Российской Федерации до 15 февраля 2024 г. представляют в Минздрав России сведения о числе лиц, состоящих на диспансерном наблюдении с онкологическими заболеваниями, болезнями системы кровообращения, сахарным диабетом отдельно, взятых за основу расчета территориального норматива объема диспансерного наблюдения в регионе на 2023 год. Информацию следует разместить в информационной системе Министерства здравоохранения Российской Федерации «Система мониторинга и ресурсного обеспечения здравоохранения», размещенной на Интернет-портале по адресу: <http://62.minzdrav.gov.ru> отдельным файлом к Приложению 15.

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

- впервые обратившихся граждан в отчетном году для проведения комплексного обследования;
- обратившихся граждан для динамического наблюдения в соответствии с рекомендациями врача центра здоровья, а также граждан, направленных медицинской организацией по месту прикрепления, медицинскими работниками образовательных организаций.

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

Объем первичной медико-санитарной помощи, оказанной в центрах здоровья, в том числе являющихся структурными подразделениями врачебно-физкультурных диспансеров, центров охраны здоровья семьи и репродукции, центров охраны репродуктивного здоровья подростков и центров медицинской профилактики, формируется на основе реестров счетов, заполненных в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (далее – МКБ-10) по классу XXI «Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в

у  
ч  
р  
е  
ж  
д

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

Обращение по поводу заболевания – это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичных и повторных посещений), включающий лечебно-диагностические и **реабилитационные мероприятия** **НЕТ! Это отдельный норматив!**, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона только при последнем посещении больного по данному поводу.

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

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

На 2024 год средняя кратность посещений в связи с заболеванием в одном обращении **за счет средств ОМС** составляет 2,6 посещения.

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

территориальной программы обязательного медицинского страхования на одно застрахованное лицо.

Средний норматив объема молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний (0,00112 исследования на одно застрахованное лицо) – это исследование биопсийного (операционного и диагностического) материала с применением одного теста для данного вида опухоли в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению онкологических заболеваний.

Средний норматив объема молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний, предусмотренный Программой, включает в том числе исследования с применением следующих маркеров: BRAF, EGFR, KRAS, NRAS, MSI, FISH ALK, FISH HER2, ПЦР BRCA 1/BRCA 2, NGS BRCA 1/BRCA 2, FISH (биопсийный с уточнением).

Средний норматив патолого-анатомических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (0,015192 исследования на одно застрахованное лицо) – это средняя частота выполнения прижизненных патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, в том числе с применением дополнительных методов окрасок (постановок реакций, определений: гистохимического, иммуногистохимического и иных методов) при оказании медицинской помощи с целью диагностики онкологических заболеваний.

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

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

Средний норматив финансовых затрат на одно молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний (9 091,4 рубля) рассчитан как средневзвешенная стоимость одной реакции (теста) для данного вида опухоли, выполненного в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению онкологических заболеваний, и включает в том числе расходы на оплату транспортных услуг в целях доставки диагностического материала к месту исследования и расходы на хранение образца.

Средний норматив финансовых затрат на одно патолого-анатомическое

исследование с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (2 242,1 рубля) рассчитан как средневзвешенная стоимость одного случая прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала и может быть дифференцирован с учетом категории сложности прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала, средневзвешенной стоимости патолого-анатомического исследования одного тканевого образца без применения дополнительных окрасок (постановок реакций, определений), средневзвешенной стоимости одной дополнительной окраски (постановки реакции, определения), расходов на оплату транспортных услуг в целях доставки биопсийного (операционного) материала к месту исследования и расходов на хранение биопсийного (операционного) материала.

При определении нормативов финансовых затрат на проведение лабораторных и диагностических исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвуковых исследований сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний, патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции связанные с уровнем заболеваемости застрахованных лиц, в том числе по профилям оказания медицинской помощи, необходимостью применения выездных форм оказания медицинской помощи, применением расходных материалов и медицинского оборудования, особенности маршрутизации пациентов в субъекте Российской Федерации, а также за его пределами. При этом Программой субъектам Российской Федерации дано право устанавливать нормативы финансовых затрат на указанные исследования с учетом вышеперечисленных особенностей, в том числе оплаты исследований в рамках межтерриториальных расчетов. Обоснование установленных в территориальной программе государственных гарантий нормативов финансовых затрат на отдельные диагностические и лабораторные исследования за счет средств ОМС приводится в таблице согласно приложению 7 к настоящим разъяснениям и представляется в Федеральный фонд.

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний

и подбора противоопухолевой лекарственной терапии) осуществляется врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, при наличии медицинских показаний.

При установлении объема медицинской помощи, оказываемой врачами-педиатрами участковыми, врачами-терапевтами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами), следует учитывать дифференциацию потребления медицинской помощи прикрепленным населением в зависимости от пола, возраста, уровня общей заболеваемости, а также климатических и географических особенностей региона, транспортной доступности медицинских организаций и плотности населения в субъекте Российской Федерации.

В случае установления государственного (муниципального) задания врачебно-физкультурным диспансерам и другим медицинским организациям, предоставляющим медицинские и иные услуги в рамках территориальной программы, измеряемого в посещениях с профилактической и иными целями, выполненный этими медицинскими организациями объем медицинской помощи может включаться в объем медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях за счет средств соответствующих бюджетов в целом по субъекту Российской Федерации.

Установленные Программой средние нормативы финансовых затрат на медицинских осмотров (2 240,2 рубля), на одно комплексное посещение для проведения диспансеризации ( 2 735,2 рубля) включают в том числе расходы на проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации мобильными медицинскими бригадами, а также проведение указанных мероприятий в выходные дни.

Средний норматив финансовых затрат на проведение углубленной диспансеризации устанавливается отдельно.

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

Субъект Российской Федерации может устанавливать территориальные нормативы финансовых затрат на одно комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации как без учета расходов на оказание медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами, так и с учетом указанных расходов.

В рамках подушевых нормативов финансового обеспечения

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

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

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

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

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

з

а

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

л

е Финансовое обеспечение проведения медицинского осмотра и, при необходимости, медицинского обследования перед профилактическими прививками при осуществлении иммунопрофилактики, а также оказания медицинской помощи в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в системе ОМС, при возникновении поствакцинальных осложнений осуществляется за счет средств ОМС.

е

м В территориальной программе ОМС устанавливается размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, соответствующих требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи

а

к

о

н

взрослому населению, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 мая 2021 г. № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (зарегистрировано в Минюсте России 27 июня 2012 г. № 24726), в зависимости от численности обслуживаемого ими населения: до 100 человек, от 101 человек до 900 человек, от 901 до 1 500 человек, от 1 501 человек до 2 000 человек и свыше 2 000 человек (информация согласно приложению 9 к настоящим разъяснениям представляется в Федеральный фонд).

Предусмотренный Программой на 2024 год средний размер финансового обеспечения составляет для фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих:

от 101 до 900 жителей, – 1 230,5 тыс. рублей;

от 901 до 1500 жителей, – 2 460,9 тыс. рублей;

от 1501 до 2000 жителей, – 2 907,1 тыс. рублей.

При установлении в территориальной программе ОМС размеров финансового обеспечения для конкретных фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов указанные средние размеры финансового обеспечения необходимо умножить на коэффициенты дифференциации и доступности, рассчитанные на основании положений постановления Правительства Российской Федерации № 462.

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

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



отдельного повышающего коэффициента, рассчитываемого с учетом доли женщин репродуктивного возраста в численности прикрепленного населения.

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

Размер финансового обеспечения медицинской организации, в составе которой имеются фельдшерские здравпункты, фельдшерско-акушерские пункты, определяется исходя из подушевого норматива финансирования и количества лиц, прикрепленных к ней, а также расходов на фельдшерские здравпункты, фельдшерско-акушерские пункты исходя из их количества в составе медицинской организации и вышеуказанного среднего размера их финансового обеспечения.

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

Статьей 33 Федерального закона № 323-ФЗ установлено, что первичная медико-санитарная помощь, включающая в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения, оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

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

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

В целях планирования первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, рекомендуется вести

раздельный учет объема и финансового обеспечения медицинской помощи в условиях дневного стационара при оказании первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи с учетом источников ее финансового обеспечения.

С 2024 года приложением № 2 к Программе установлены средние нормативы объема и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов отдельно для первичной медико-санитарной помощи (0,00098 случаев лечения на 1 жителя со средней стоимостью одного случая лечения 13 777 рублей) и для специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи (0,00302 случаев лечения на 1 жителя со средней стоимостью одного случая лечения 17 650,8 рубля). В сноске «4» приложения № 2 к Программе указан суммарный объем первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара (0,004 случая лечения на 1 жителя в 2024-2026 годах).

Вышеуказанные нормативы включают также случаи оказания паллиативной медицинской помощи в условиях дневного стационара.

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

Субъект Российской Федерации вправе устанавливать в территориальной программе отдельные нормативы объема и финансовых затрат для первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в условиях дневного стационара за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, для чего предлагается взять за основу соответствующие фактические показатели объема и стоимости указанной медицинской помощи в субъекте Российской Федерации по данным форм федерального статистического наблюдения за прошедшие 3 года.

Установление средних нормативов объема и финансовых затрат на

единицу объема медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара за счет ОМС отдельно для первичной медико-санитарной помощи и для специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи приложением № 2 к Программе предусмотрено с 2025 года, на 2024 год установлен общий средний норматив объема и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара за счет ОМС.

При установлении в территориальной программе уже в 2024 году отдельных нормативов объема и финансовых затрат **раздельно для первичной медико-санитарной помощи и для специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи,** оказываемой в условиях дневного стационара за счет средств ОМС, за основу предлагается взять соответствующие фактические показатели объема и стоимости указанной медицинской помощи в субъекте Российской Федерации по данным форм федерального статистического наблюдения за прошедшие 3 года.

~~В соответствии с законодательством Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и условиях дневных стационаров.~~

~~Дневные стационары амбулаторно-поликлинических учреждений оказывают преимущественно первичную медико-санитарную помощь.~~  
**ПОВТОР!**

В случае, когда дневные стационары амбулаторно-поликлинических учреждений оказывают медицинскую помощь пациентам, страдающим хронической почечной недостаточностью, всех форм заместительной почечной терапии, в том числе методом гемодиализа, а также пациентам с онкологическими заболеваниями с применением специальных методов диагностика и лечения, то данная медицинская помощь относится к **первичной специализированной медицинской помощи.**

Средний норматив объема медицинской помощи в условиях дневного стационара, установленный Программой, включает средний норматив медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении (далее – ЭКО), который в свою очередь включает полный цикл ЭКО с криоконсервацией эмбрионов, размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки. При этом хранение криоконсервированных эмбрионов осуществляется не включается в стоимость медицинской помощи при ЭКО за счет средств ОМС.

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

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

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

Установленные в территориальной программе отдельные нормативы объема и финансовых затрат для оказываемой в условиях дневного стационара первичной медико-санитарной помощи и **специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи**, указываются отдельно по источникам финансового обеспечения в соответствующих строках раздела I. "Медицинская помощь, предоставляемая за счет консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации" и раздела III. "Медицинская помощь в рамках территориальной программы ОМС" таблицы, представленной в приложении 2 к настоящим разъяснениям.

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

Указанные подушевые расходы для медицинской помощи, оказываемой амбулаторно, рассчитываются как произведение соответствующего норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и норматива объема медицинской помощи.

4.1.4. Финансовое обеспечение оказания первичной медико-санитарной помощи включает расходы на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях и расходы на оказание медицинской помощи в условиях дневного стационара, указанные расходы рассчитываются отдельно по источникам финансового обеспечения территориальной программы государственных гарантий в соответствии со следующим алгоритмом:

а) в амбулаторных условиях:

- расчет планируемого (абсолютного) числа единиц объема (посещений с профилактической и иными целями, комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, посещений с иными целями; посещений в неотложной форме; обращений в связи с заболеваниями, комплексных посещений для проведения диспансерного наблюдения, комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация») как произведение соответствующего норматива объема на численность жителей/застрахованных лиц;

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

- суммирование расходов.

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

~~Справочно: расходы на оказание первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях не включают расходы на оказание паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях.~~ **КАК ЭТО ???**

б) в условиях дневного стационара:

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

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

На заключительном этапе осуществляется расчет и оценка доли расходов на оказание первичной медико-санитарной помощи (в том числе в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара), в общих расходах на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы (в разрезе источников финансового обеспечения (бюджетные ассигнования соответствующих бюджетов и средства ОМС) и в целом по территориальной программе).

#### **4.2 Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь**

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

Субъект Российской Федерации в соответствии с **законодательством в**

ефере охраны здоровья вправе устанавливает в территориальной программе государственных гарантий отдельные нормативы объема для специализированной медицинской помощи, оказываемой как в стационарных условиях, так и в условиях дневного стационара, отдельно по источникам финансового обеспечения, которые с учетом фактической потребности в специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи и реальной возможности предоставления ее в условиях дневного стационара (наличие в медицинской организации соответствующей материально-технической базы, в том числе специального медицинского оборудования, внедрения современных специальных методов диагностики и лечения, сложных медицинских технологий, соответствующей профессиональной подготовки медицинского персонала, а также территориально удаленности от места постоянного проживания и транспортной (пешей) доступности медицинской организации для населения) могут быть обоснованно выше или ниже средних нормативов Программы.

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

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

При планировании объема специализированной медицинской помощи следует учитывать возможность ее оказания в медицинских организациях как на территории страхования, так и вне территории страхования согласно приложению 12 к настоящим разъяснениям.

Если половозрастная структура населения (застрахованных лиц) в субъекте Российской Федерации отличается от среднероссийской, в территориальной программе необходимо скорректировать объем медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в разрезе отдельных профилей с помощью поправочных коэффициентов, учитывающих в том числе особенности возрастного состава населения субъекта Российской Федерации.

Поправочные коэффициенты рассчитываются путем деления удельного

веса (в % или долях единицы) численности детей и взрослых в структуре населения территории субъекта Российской Федерации на соответствующие показатели по Российской Федерации.

Например, если в структуре застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации дети составляют 19,5 % и взрослые 80,5 %, то поправочные коэффициенты составят: 0,9155 для детского ( $19,5 / 21,2 = 0,9198$ ) и 1,0229 для взрослого населения ( $80,5 / 78,8 = 1,0216$ ).

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

Скорректированное число случаев госпитализации определяется как отношение скорректированного числа койко-дней к средней длительности пребывания одного пациента в медицинской организации в стационарных условиях.

Пример расчета, скорректированного с учетом поправочных коэффициентов числа койко-дней, представлен в таблице 1.

Таблица 1

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

Показатель	Рекомендуемое число койко-дней на 1000 жителей/застрахованных		
	в том числе для:		Всего
	взрослых	детей	
Рекомендуемое число койко-дней			
Поправочный коэффициент			
Скорректированное число койко-дней			

Скорректированное число случаев госпитализации по профилю застрахованных.

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

Корректировка объема медицинской помощи проводится также с учетом заболеваемости населения субъекта Российской Федерации с использованием как отчетных данных, так и результатов специальных исследований. По данным медицинской статистики за предыдущий год анализируются состав пациентов, получивших медицинскую помощь в стационарных условиях, и число проведенных ими койко-дней в разрезе профилей медицинской помощи. В результате определяется объем медицинской помощи в стационарных условиях по профилям медицинской помощи в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России № 555н.

Объем медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, корректируется по каждому профилю медицинской помощи, затем путем суммирования определяются нормативы объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в расчете на одного жителя/одно застрахованное лицо.

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

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

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

Специализированная медицинская помощь, оказываемая в дневном стационаре, являющемся структурным подразделением преимущественно круглосуточных стационаров, включает в том числе проведение врачами-



специалистами оперативных вмешательств и лечение заболеваний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий. ЦАОП, ДИСПАНСЕРЫ ????

Приложением № 2 к Программе определены средние нормативы объема и финансовых затрат на единицу объема специализированной медицинской помощи больным с вирусным гепатитом С, оказываемой медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций) в условиях дневного стационара за счет средств ОМС на 2024 – 2026 годы, в соответствии с которыми субъекты Российской Федерации устанавливают в территориальных программах ОМС соответствующие территориальные нормативы.

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

Субъект Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ вправе устанавливать в территориальной программе уже с 2024 года отдельные нормативы для специализированной медицинской помощи, оказываемой как в стационарных условиях, так и в условиях дневного стационара отдельно по источникам финансового обеспечения.

В случае Для установления в территориальной программе отдельных нормативов объема и финансовых затрат для специализированной медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, предлагается взять за основу соответствующие фактические показатели объема и стоимости указанной медицинской помощи в субъекте Российской Федерации по данным форм федерального статистического наблюдения за прошедшие 3 года, а также, при наличии достаточных обоснований, применить понижающий коэффициент к объемам медицинской помощи, представленные в приложении 4 к настоящим разъяснениям .

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

года.

Установленные в территориальной программе отдельные нормативы объема и финансовых затрат для специализированной медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, указываются отдельно по источникам финансового обеспечения в соответствующих строках раздела I. бюджета субъекта Российской Федерации» и раздела III. «Медицинская помощь в рамках территориальной программы ОМС»" таблицы, представленной в приложении 2 к настоящим разъяснениям.

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

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

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

4.2.4. Финансовое обеспечение оказания специализированной медицинской помощи включает расходы на оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и расходы на оказание специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара, указанные расходы рассчитываются отдельно по источникам финансового обеспечения территориальной программы государственных гарантий в соответствии со следующим алгоритмом:

а) в стационарных условиях:

- расчет планируемого (абсолютного) числа случаев госпитализации по профилям медицинской помощи как произведение соответствующего числа случаев госпитализации на численность жителей/застрахованных лиц;

- расчет расходов для выполнения планируемых объемов медицинской

помощи как произведение размера финансовых затрат на один случай госпитализации по профилям медицинской помощи на планируемое (абсолютное) число случаев госпитализации;

- суммирование расходов.

Расходы на оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях также могут быть рассчитаны как произведение соответствующего показателя подушевых расходов на численность жителей/застрахованных лиц.

б) в условиях дневного стационара:

расчет расходов на оказание специализированной медицинской помощи определяется как произведение стоимости одного случая лечения в дневном стационаре при оказании специализированной медицинской помощи на планируемое абсолютное число случаев лечения.

Расходы на оказание специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара также могут быть рассчитаны как произведение соответствующего показателя подушевых расходов на численность жителей/застрахованных лиц.

На заключительном этапе осуществляется расчет и оценка доли расходов на оказание специализированной медицинской помощи (в том числе в стационарных условиях и в условиях дневного стационара), в общих расходах на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы в разрезе источников финансового обеспечения (бюджетные ассигнования соответствующих бюджетов и средства ОМС) и в целом по территориальной программе.

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

Нормативы объема медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по профилю «онкология» включают объемы медицинской помощи и финансовые затраты, оказываемые застрахованным

лицам вне территории страхования, которые необходимо планировать и учитывать при формировании нормированного страхового запаса Территориального фонда.

В территориальной программе устанавливается перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, который включает в том числе препараты для проведения химиотерапии.

Средние нормативы объема и нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по профилю «онкология», утвержденные Программой, включают случаи лечения пациентов (взрослые и дети) со злокачественными новообразованиями (C00 - C97), новообразованиями *in situ* (D00 - D09) и отдельными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (D45 - D47), в том числе в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП).

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

Объемы медицинской помощи в диагностических целях с постановкой или подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием **позитронно-эмиссионной томографии (далее – ПЭТ КТ)** планируются и осуществляются в амбулаторных условиях.

Лекарственное обеспечение данной категории пациентов осуществляется в соответствии с законодательными и иными правовыми актами Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, в том числе за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов (с учетом норм, касающихся запрета на выписку рецептов на лекарственные препараты, которые в соответствии с инструкцией по медицинскому применению используются только в медицинских организациях, установленных приказом Минздрава России от 14 января 2019 г. № 4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» (зарегистрировано в Минюсте России 26 марта 2019 г. № 54173).

Программа включает в качестве приложения № 1 к ней перечень видов

ВМП, который содержит, в том числе, методы лечения и источники ее финансового обеспечения **высокотехнологичной медицинской помощи** (далее – Перечень **видов ВМП**).

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

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

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

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

**Также необходимо учесть при распределении объемов ВМП в рамках территориальной программы ОМС изменения (по сравнению с 2023 годом) источников финансового обеспечения отдельных видов ВМП,**

предусмотренных приложением № 1 к Программе, предусматривающие перевод из раздела II Перечня видов ВМП (перечень видов ВМП, не включенной в базовую программу) в раздел I Перечня видов ВМП (перечень видов ВМП, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств ОМС) 23 методов ВМП по 6 профилям медицинской помощи (акушерство и гинекология, офтальмология, педиатрия, сердечно-сосудистая хирургия, травматология и ортопедия, урология).

По данным подсистемы ведения специализированных регистров пациентов по отдельным нозологиям и категориям граждан, мониторинга организации оказания ВМП и санаторно-курортного лечения единой государственной системы в сфере здравоохранения в 2023 году медицинская помощь по указанным методам ВМП была оказана более чем 27,2 тыс. пациентам с финансовым обеспечением в размере свыше 8,1 млрд рублей, в том числе в медицинских организациях, подведомственным исполнительным органам субъектов Российской Федерации, более чем 8,4 тыс. пациентам с финансовым обеспечением более 2,4 млрд рублей.

При расчете потребности в финансовом обеспечении ВМП, оказываемой в рамках территориальных программ ОМС, рекомендуется применять следующие коэффициенты дифференциации к доле заработной платы составе норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи:

1 группа – 35 %; 2 группа – 41 %; 3 группа – 17 %; 4 группа – 31 %; 5 группа – 23 %; 6 группа – 32 %; 7 группа – 7 %; 8 группа – 52 %; 9 группа – 35 %; 10 группа – 50 %; 11 группа – 29 %; 12 группа – 26 %; 13 группа – 21 %; 14 группа – 18 %; 15 группа – 18 %; 16 группа – 39 %; 17 группа – 30 %; 18 группа – 23 %; 19 группа – 32 %; 20 группа – 28 %; 21 группа – 56 %; 22 группа – 38 %; 23 группа – 24 %; 24 группа – 39 %; 25 группа – 37 %; 26 группа – 36 %; 27 группа – 27 %; 28 группа – 21 %; 29 группа – 46 %; 30 группа – 37 %; 31 группа – 36 %; 32 группа – 26 %; 33 группа – 33 %; 34 группа – 40 %; 35 группа – 23 %; 36 группа – 35 %; 37 группа – 23 %; 38 группа – 20 %; 39 группа – 32 %; 40 группа – 31 %; 41 группа – 29 %; 42 группа – 37 %; 43 группа – 57 %; 44 группа – 51 %; 45 группа – 45 %; 46 группа – 56 %; 47 группа – 47 %; 48 группа – 35 %; 49 группа – 20 %; 50 группа – 18 %; 51 группа – 15 %; 52 группа – 11 %; 53 группа – 10 %; 54 группа – 9 %; 55 группа – 18 %; 56 группа – 16 %; 57 группа – 39 %; 58 группа – 18 %; 59 группа – 53 %; 60 группа – 20 %; 61 группа – 38 %; 62 группа – 18 %; 63 группа – 11 %; 64 группа – 53 %; 65 группа – 19 %; 66 группа – 16 %; 67 группа – 26 %; 68 группа – 34 %; 69 группа – 24 %; 70 группа – 46 %; 71 группа – 9 %; 72 группа – 32 %; 73 группа – 33 %; 74 группа – 30 %; 75 группа – 33 %; 76 группа – 38 %; 77 группа – 21 %; 78 группа – 28 %; 79 группа – 33 %; 80 группа – 18 %; 81 группа – 33 %.»

При этом следует обеспечить своевременное внесение изменений в плановые показатели распределения объемов ВМП, а также организовать обеспечение выполнения установленных планов.

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

у  
с  
т  
а  
н  
д  
а  
р  
т  
у  
р  
н  
ы  
е  
н  
о  
р  
м  
ы  
.  
В соответствии с **Федеральным законом № 323-ФЗ** и 7 разделом **VII**. Программы, территориальная программа должна содержать в том числе условия пребывания в медицинских организациях при оказании медицинской помощи в стационарных условиях, включая предоставление спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста 4 лет, а с ребенком старше указанного возраста – при наличии медицинских показаний (без взимания платы с указанных лиц за создание условий пребывания в стационарных условиях, в том числе за предоставление спального места и питания).

Также данная норма действует и в отношении: ребенка-инвалида, который в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выданной по результатам проведения медико-социальной экспертизы, имеет ограничения основных категорий жизнедеятельности Человека второй и (или) третьей степеней выраженности (ограничения способности к самообслуживанию, и (или) самостоятельному передвижению, и (или) ориентации, и (или) общению, и (или) обучению, и (или) контролю своего поведения), – независимо от возраста ребенка-инвалида. Оплата осуществляется по коэффициенту сложности лечения пациента в соответствии с приложением 3 Программы и с учетом Методических рекомендаций.

#### **4.3 Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь**

В соответствии с **Федеральным законом № 323-ФЗ** скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях.

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

С учетом особенностей регионов рекомендуется использование территориальных дифференцированных нормативов объема скорой медицинской помощи (на одно застрахованное лицо в год) для:

Республики Хакасия, Красноярского края и Тюменской и Мурманской областей - в среднем **0,3** вызова;

Республики Тыва, Республики Коми, Хабаровского края, Еврейской автономной области, Ханты-Мансийского автономного округа, Архангельской области - в среднем **0,31** вызова.

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

а) средств ОМС (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами);

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

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

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

Санитарно-авиационная эвакуация, осуществляемая воздушными судами,



как работа (услуга) по транспортировке и расходы на ее осуществление не включены в базовую программу и осуществляются за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации.

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

Нормативы объема скорой медицинской помощи и нормативы финансовых затрат на 1 вызов скорой медицинской помощи устанавливаются субъектом Российской Федерации. Средний норматив финансовых затрат за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов на 1 случай оказания медицинской помощи авиамедицинскими выездными бригадами скорой медицинской помощи при санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами, с учетом реальной потребности (за исключением расходов на авиационные работы) предусмотрен в сноске <sup>1</sup> приложения № 2 к Программе и составляет на 2024 год – 7 542,4 рубля, на 2025 год – 7 881,8 рубля, на 2026 год – 8 236,5 рубля .

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

Объем скорой медицинской помощи, оказываемой станциями (подстанциями) скорой медицинской помощи, структурными подразделениями медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы ОМС, вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами), по базовой программе определяется исходя из среднего норматива объема скорой медицинской помощи, установленного Программой на 2024 год (0,29 вызова на одно застрахованное лицо), и численности застрахованных лиц.

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

ОМС и включается в объем посещений и/или случаев госпитализации по территориальной программе ОМС.

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

Финансовое обеспечение оказания медицинской помощи в экстренной форме медицинскими работниками выездных бригад скорой медицинской помощи медицинской организации, в том числе в транспортном средстве, при заболеваниях, включенных в базовую программу, осуществляется за счет средств ОМС.

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

Подушевые расходы на оказание скорой медицинской помощи вне медицинской организации рассчитываются как произведение территориального норматива финансовых затрат на один вызов скорой медицинской помощи вне медицинской организации на территориальный норматив объема указанной медицинской помощи.

Расходы на оказание скорой медицинской помощи вне медицинской организации рассчитываются отдельно по источникам финансового обеспечения территориальной программы соответствии со следующим алгоритмом:

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

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

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

На заключительном этапе осуществляется расчет и оценка доли расходов на оказание скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской

помощи, в общих расходах на территориальную программу в разрезе источников финансового обеспечения (бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и средств ОМС) и в целом по территориальной программе.

### **Медицинская реабилитация**

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

Таким образом, за счет средств ОМС в рамках базовой программы устанавливается территориальный норматив:

- комплексных посещений в амбулаторных условиях по профилю
- случаев лечения в условиях дневных стационаров;
- специализированной медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в условиях круглосуточного стационара.

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

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

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

Норматив объема оказания медицинской помощи по профилю включают проведение ранней реабилитации при оказании медицинской кардиореабилитации (5 баллов ШРМ) и медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (5 - 6 баллов ШРМ).

Особое внимание субъектам Российской Федерации следует уделить требованиям, утвержденным Разделом VII Программы, в том числе установить порядок оказания медицинской помощи по профилю «Медицинская

реабилитация», для чего необходимо сформировать перечень медицинских организаций, осуществляющих деятельность по медицинской реабилитации в условиях круглосуточного стационара, дневного стационара и амбулаторных условиях, на территории субъекта Российской Федерации, предусмотрев, с учетом реальной потребности населения и обеспечения своевременности и доступности оказания медицинской помощи по данному профилю, участие федеральных медицинских организаций, в том числе подведомственных **Социальному фонду России**.

### **Паллиативная медицинская помощь**

В соответствии с **Федеральным законом № 323-ФЗ** паллиативная медицинская помощь оказывается в амбулаторных условиях, в том числе на дому, и в условиях дневного стационара, стационарных условиях. Устанавливаются территориальные нормативы объема для паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому, включающие нормативы объема для паллиативной медицинской помощи при осуществлении посещений на дому выездными патронажными бригадами.

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

**При этом согласно сноске <sup>6</sup> приложения № 2 к программе посещения по паллиативной медицинской помощи, в том числе посещения на дому патронажными бригадами, включены в нормативы объема первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях.**

Территориальной программой устанавливаются территориальные нормативы финансовых затрат на одно посещение при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому (за исключением посещений на дому выездными патронажными бригадами), и на одно посещение при оказании паллиативной медицинской помощи на дому выездными патронажными бригадами. Территориальный норматив финансовых затрат на одно посещение при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях с учетом посещений на дому выездными патронажными бригадами может быть рассчитан как

средневзвешенная величина вышеуказанных нормативов финансовых затрат.

Территориальный норматив финансовых затрат на одно посещение при оказании паллиативной медицинской помощи на дому выездными патронажными бригадами включает расходы на заработную плату, начисления на оплату труда и прочие выплаты, приобретение лекарственных препаратов и материалов, применяемых в медицинских целях, транспортные услуги, прочие статьи расходов. Указанный норматив не включает расходы на оплату социальных услуг, оказываемых социальными работниками, и расходы для предоставления на дому медицинских изделий.

За счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, и их подразделения обеспечиваются необходимыми лекарственными препаратами, в том числе наркотическими лекарственными препаратами и психотропными лекарственными препаратами.

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

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

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

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

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

.3. Подушевые расходы на оказание паллиативной медицинской помощи включают подушевые расходы на оказание паллиативной медицинской

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

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

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

а) в амбулаторных условиях:

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

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

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

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

- суммирование расходов.

б) в стационарных условиях:

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

- расчет расходов для выполнения планируемых объемов паллиативной

медицинской помощи в стационарных условиях как произведение размера финансовых затрат на один койко-день на планируемое (абсолютное) число койко-дней по паллиативной медицинской помощи.

Расходы соответствующих бюджетов на оказание паллиативной медицинской помощи в амбулаторных, стационарных условиях и условиях дневного стационара (при наличии соответствующих территориальных нормативов) также могут быть рассчитаны как произведение соответствующего подушевого показателя финансирования на численность жителей.

На заключительном этапе осуществляется расчет и оценка доли расходов на оказание паллиативной медицинской помощи (в том числе в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара) в общих расходах на оказание паллиативной медицинской помощи в рамках территориальной программы.

## **5. Особенности формирования территориальной программы государственных гарантий за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов**

За счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов осуществляется:

а) финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной:

в экстренной форме не застрахованным и не идентифицированным в системе ОМС гражданам при заболеваниях и состояниях, входящих в базовую программу, медицинскими организациями государственной, муниципальной и **частной** систем здравоохранения, включенными в перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы;

гражданам при заболеваниях и состояниях, не входящих в базовую программу, в том числе консультирование застрахованных лиц по указанным заболеваниям (в рамках государственных **(муниципальных)** заданий);

в специализированных медицинских организациях и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация» при заболеваниях, не включенных в базовую программу (заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ);

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

санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами;

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

г) обеспечение туберкулином в целях проведения туберкулинодиагностики;

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

е) проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка у беременных женщин, неонатального скрининга на 5 наследственных и врожденных заболеваний в части исследований и консультаций, осуществляемых медико-генетическими центрами (консультациями), а также медико-генетических исследований в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций;

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

Территориальный подушевой норматив финансирования за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов включает расходы государственных и муниципальных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь при заболеваниях и состояниях, не входящих в базовую



программу, в части финансирования текущей деятельности, текущего ремонта, приобретения основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь). При этом инвестиционные расходы на строительство и реконструкцию объектов здравоохранения, приобретение дорогостоящего оборудования, включенного в проектно-сметную документацию, расходы на проведение капитального ремонта и подготовку проектно-сметной документации для его проведения, а также расходы на демонтаж зданий и сооружений не включаются в **указанный** территориальный подушевой норматив финансирования, установленный территориальной программой.

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

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

Финансовое обеспечение консультаций пациентов, получающих медицинскую помощь при заболеваниях, включенных в базовую программу, **в амбулаторных условиях и условиях дневных стационаров**, врачами-фтизиатрами, врачами-психиатрами, **врачами-психиатрами-наркологами** и специалистами по социальной работе, осуществляется за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации.

**Оплата консультаций врачами-фтизиатрами, врачами-психиатрами, врачами-психиатрами-наркологами, врачами-инфекционистами центра профилактики и борьбы со СПИДом пациентов, получающих медицинскую помощь при заболеваниях, включенных в базовую программу ОМС, в условиях круглосуточного стационара, осуществляется в рамках межучрежденческих взаиморасчетов за счет средств ОМС по тарифам на оплату случая госпитализации по соответствующей клинико-статистической группе заболеваний/состояний, установленным Тарифным соглашением**

субъекта Российской Федерации, за исключением случаев, когда перечисленные врачи-специалисты являются штатными сотрудниками медицинской организации, в которой пациент находится на лечении в стационарных условиях по поводу вышеуказанных заболеваний.

При включении медицинской помощи по поводу заболеваний, не входящих в базовую программу (заболевания, вызванные вирусом иммунодефицита человека и СПИД, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения, связанные в том числе с употреблением психоактивных веществ), в территориальную программу ОМС в дополнение к базовой программе, финансовое обеспечение консультаций пациентов, получающих медицинскую помощь при заболеваниях, включенных в базовую программу, врачами-фтизиатрами, врачами-психиатрами, врачами-психиатрами-наркологами, врачами-инфекционистами центра профилактики и борьбы со СПИДом пациентов осуществляется за счет средств ОМС в порядке, установленном территориальной программой.

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

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

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

~~Рекомендуемый порядок расчета территориального норматива объема и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией.~~ Субъекты Российской Федерации вправе установить в территориальных программах отдельно **территориальные** нормативы объема и

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

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

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

В рамках специализированной медицинской помощи по профилю объема медицинской помощи по вышеуказанной болезни (Приложение № 2 к информационному письму «Утвержденная стоимость территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по условиям ее оказания на 2024 год»):

В рамках первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях субъект вправе установить норматив объема медицинской помощи в

Субъект Российской Федерации вправе установить норматив финансовых затрат с учетом расходов медицинских организаций, необходимых для оказания медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией в рамках установленного подушевого финансового норматива отдельно в амбулаторных условиях (стоимость 1-го обращения) и стационарных условиях (средняя стоимость случая госпитализации).

## **6. Особенности формирования территориальной программы ОМС**

Территориальная программа ОМС должна содержать следующие разделы:

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

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

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

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

5) структуру тарифов на оплату медицинской помощи;

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

Ежемесячное авансирование страховых медицинских организаций и медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, может осуществляться по заявкам страховых медицинских организаций и медицинских организаций в пределах годового объема финансового обеспечения предоставления медицинской помощи по ОМС, распределенного решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС в размере одной двенадцатой годового объема, а также более одной двенадцатой годового объема, но не более суммы затрат на приобретение основных средств и материальных запасов за счет средств ОМС в 2023 году.

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

Средний подушевой норматив финансирования за счет средств ОМС, установленный Программой, включает в том числе:

- расходы на оказание медицинской помощи в рамках базовой программы;
- расходы на ведение дела в сфере ОМС;
- финансовое обеспечение мероприятий по диспансеризации

определенных групп населения, диспансерному наблюдению, профилактическим медицинским осмотрам в соответствии с порядками, установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации;

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

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

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

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

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Объем медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств ОМС, и соответствующие ему финансовые средства отражаются в приложении 2 к

н

а

с

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

щ

и

м

з

а

к

з

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

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

е

н

я

м

При планировании объемов медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС следует также учитывать планируемые

(раздел III).

(раздел III)

объемы медицинской помощи в федеральных медицинских организациях.

Направление в медицинские организации, расположенные за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи по территориальной программе ОМС, на оказание специализированной медицинской помощи в плановой форме выдается лечащим врачом медицинской организации, которую гражданин выбрал, в том числе по территориально-участковому принципу, и в которой проходит диагностику и лечение в рамках получения первичной медико-санитарной помощи, или в которой гражданин получает специализированную медицинскую помощь при необходимости перевода в другую медицинскую организацию для получения специализированной медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи. При этом индивидуальное информационное сопровождение гражданина осуществляет страховая медицинская организация.

Медицинские организации, подведомственные федеральным органам исполнительной власти, оказывают медицинскую помощь в плановой форме в пределах объемов, установленных базовой программой, по направлениям, выдаваемым в порядке, утвержденном Министерством здравоохранения Российской Федерации, с учетом установленных в территориальной программе сроков ожидания медицинской помощи.

Органами государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и Территориальными фондами для подготовки проекта территориальной программы ОМС в рамках деятельности Комиссии осуществляется расчет территориальных нормативов объемов медицинской помощи и соответствующих финансовых нормативов на основе анализа статистических форм, данных персонифицированного учета медицинской помощи, программ развития здравоохранения, сведений, поступивших от медицинских организаций (включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС) и страховых медицинских организаций (включенных в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС), медицинских профессиональных некоммерческих организаций, созданных в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья, и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), входящих в состав Комиссии.

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

Медицинским организациям, не имеющим застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, объемы медицинской помощи распределяются исходя из показателей объемов медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденных территориальной программой ОМС, с учетом мощности медицинской организации, врачебных специальностей, видов и условий оказания медицинской помощи, материально-технического и кадрового обеспечения, а также потребности субъекта Российской Федерации в медицинской помощи.

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

Финансовые средства для обеспечения объемов медицинской помощи лицам, не идентифицированным в системе ОМС, а также не застрахованным в системе ОМС, при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, входящих в базовую программу), не включаются в стоимость территориальной программы ОМС.

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

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

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

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

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

Плановые объемы оказания и финансирования медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» на 2024 год, фактические объемы и стоимость медицинской помощи, оказанной по профилю «Медицинская реабилитация» по территориальной программе в 2023 году, отражаются в разрезе источников финансирования в таблице согласно приложению 10 к настоящим разъяснениям.

При планировании объемов медицинской помощи по профилю также учитывать оказание данного вида медицинской помощи на дому с отражением показателей в указанном приложении 10 к настоящим разъяснениям.

Медицинская реабилитация на дому осуществляется преимущественно с применением телемедицинских технологий.

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

Субъектом Российской Федерации в рамках территориальной программы устанавливаются нормативы объема и нормативы финансовых затрат на единицу объема для медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в условиях круглосуточного стационара, что также отражается в таблице согласно приложению 2 к настоящим разъяснениям.

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



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

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

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

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

Методика планирования ресурсов, необходимых для бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в рамках территориальной программы, представлена в приложении 13 к настоящим разъяснениям и может быть рекомендована для обоснования и установления целевых показателей обеспеченности населения ресурсами (медицинскими кадрами и больничными койками).

В медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, рекомендуется осуществлять планирование нагрузки врачей на основе функции врачебной должности.

Оценку эффективности использования ресурсов медицинских организаций на основе выполнения функции врачебной должности, показателей использования коечного фонда рекомендуется осуществлять по методике, представленной в приложении 14 к настоящим разъяснениям.

8. Территориальной программой в соответствии с Программой устанавливаются критерии доступности и качества медицинской помощи, на основе которых проводится комплексная оценка уровня и динамики показателей.

Мониторинг целевых значений критериев доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы, осуществляется органом государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

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

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

При установлении перечня критериев доступности и качества медицинской помощи в рамках территориальной программы, Министерство здравоохранения Российской Федерации рекомендует дополнить следующими показателями:

Доля родов у женщин после лечения бесплодия с применением процедуры экстракорпорального оплодотворения (на циклы с переносом эмбрионов)».

Доля операций, проведенных не позднее 2-х суток с момента перелома проксимального отдела бедра».

9. Органы государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, Территориальные фонды, страховые медицинские организации, медицинские организации обязаны информировать граждан, в том числе с использованием **«Памятки для граждан о гарантиях бесплатного оказания медицинской помощи»**, направленной руководителям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья письмом Минздрава России от 22 декабря 2023 г. № 31-2/И/2-24207, о видах и объеме медицинской помощи, перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, отдельных медицинских технологиях, предоставляемых гражданам бесплатно в рамках территориальной программы, а также об установленных территориальной программой порядке, условиях предоставления медицинской помощи и критериях доступности и качества медицинской помощи.

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

Страховые медицинские организации размещают на собственных официальных сайтах в сети «Интернет», публикуют в средствах массовой информации номера телефонов и адреса электронной почты подразделений по организации защиты прав застрахованных лиц страховых

медицинских организаций, участвующих в сфере ОМС на территории субъекта Российской Федерации, и Территориального фонда.

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

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

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

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

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

о перечне заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно в рамках базовой и территориальной программ обязательного медицинского страхования;

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

о сроках ожидания бесплатной медицинской помощи;  
о контактах страховых медицинских организаций и Территориальных фондов.