

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО
от 17 декабря 2010 г. N 20-2/10/2-12028**

**О ФОРМИРОВАНИИ И ЭКОНОМИЧЕСКОМ ОБОСНОВАНИИ
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ
ГРАЖДАНAM РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ НА 2011 ГОД**

Во исполнение пункта 2 Постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2010 г. N 782 "О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год" Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации направляет разъяснения некоторых вопросов формирования и экономического обоснования территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год (далее - территориальная программа государственных гарантий).

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

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

3. При формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год и при определении объема финансового обеспечения территориальных программ обязательного медицинского страхования следует учитывать численность работников организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда, а также населения закрытых административно-территориальных образований, наукоградов Российской Федерации, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами.

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

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

5. В целях повышения эффективности оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний, не требующих срочного медицинского вмешательства, в субъекте Российской Федерации может создаваться

служба неотложной медицинской помощи. Единицей объема является посещение медицинской организации и посещение на дому.

Для экономического обоснования расходов на неотложную медицинскую помощь рекомендуется использовать усредненные показатели в расчете на одного человека в год: 0,96 посещений, в том числе 0,9 посещений учреждений здравоохранения и 0,06 посещений на дому. Расчетные показатели объема неотложной медицинской помощи входят в норматив - 9,7 посещений и подушевой норматив финансового обеспечения, предусмотренный Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2010 г. N 782 (далее - Программа), - 7 633,4 рубля.

Расчетная стоимость одного посещения в среднем (включая затраты на медикаменты и изделия медицинского назначения) - 323,0 рубля, в том числе 229,0 рублей в медицинской организации и 1 169,4 рублей на дому (включая затраты на содержание парка автомобилей и транспортные расходы). Оплата неотложной медицинской помощи осуществляется за счет средств ОМС в рамках базовой программы ОМС. При этом тариф по ОМС на посещение в связи с оказанием неотложной медицинской помощи на дому не включает затраты на содержание парка автомобилей и транспортные расходы. Затраты, не включенные в тариф ОМС, осуществляются за счет бюджетных ассигнований местного бюджета.

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

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

- обратившихся граждан для динамического наблюдения, по рекомендации врача Центра здоровья.

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

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

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

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

7. Тарифы на медицинскую помощь, оказываемую в рамках территориальной программы ОМС, устанавливаются в субъекте Российской Федерации тарифным соглашением. Формирование тарифов на медицинскую помощь, предоставляемую в рамках территориальной программы ОМС, осуществляется органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в соответствии с законодательством Российской Федерации и исходя из нормативов, предусмотренных Программой. Состав и структура тарифа на медицинские и иные услуги, предоставляемые по территориальной программе ОМС, определяются в соответствии с действующими нормативными документами решением согласительной комиссии.

При внедрении стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, в условиях реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, в

тарифном соглашении предусматриваются дифференцированные тарифы на медицинскую помощь, предоставляемую в рамках территориальной программы ОМС, по внедряемым стандартам медицинской помощи.

Расходы на оплату договоров возмездного оказания услуг со сторонними медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в рамках территориальной программы ОМС, могут подлежать оплате за счет средств ОМС при условии включения данных расходов в состав затрат на оказание медицинской помощи по ОМС, принятых тарифным соглашением, и относятся на подстатью 226 "Прочие работы, услуги" Бюджетной классификации Российской Федерации.

8. Первичная медико-санитарная помощь, оказанная средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием, оплачивается за счет средств ОМС по тарифам и способам оплаты, принятым в рамках Тарифного соглашения.

9. При предоставлении в соответствии с законодательством Российской Федерации одному из родителей (иному члену семьи) права нахождения с ребенком в больничном учреждении стоимость оказанной ребенку медицинской помощи включает расходы на содержание одного из родителей (иного члена семьи) и финансируется за счет средств ОМС по видам медицинской помощи и заболеваниям, включенным в территориальную программу ОМС.

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

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

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

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

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

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

Таблица 1. Пример коррекции норматива числа койко-дней на 1000 жителей по кардиологическому профилю для субъекта Российской Федерации

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

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

Затем проводится корректировка рассчитанных нормативов объема медицинской помощи с учетом заболеваемости населения субъекта Российской Федерации с использованием как

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

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

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

Для определения абсолютного числа необходимых койко-дней для населения субъекта Российской Федерации необходимо величину скорректированного норматива числа койко-дней на 1 жителя субъекта Российской Федерации умножить на численность населения этой территории по прогнозу Росстата на начало 2011 года.

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

Рекомендуемые Программой нормативы объема скорой медицинской помощи необходимо корректировать с учетом территориальной доступности бюджетных услуг, а также демографических особенностей региона.

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

Применение скорректированных нормативов объема медицинской помощи возможно при условии соблюдения законодательства Российской Федерации по разграничению полномочий в сфере здравоохранения, а также отделения неотложной медицинской помощи от скорой, сбалансированности территориальных объемов медицинской помощи по всем видам, наличия соответствующих ресурсов в регионе.

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

При определении территориальных нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи необходимо провести коррекцию путем умножения величины соответствующего федерального норматива по условиям медицинской помощи на величину

районного коэффициента (рассчитанного с учетом районного коэффициента и надбавок к заработной плате за работу в местностях с тяжелыми климатическими условиями - в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, в южных районах Восточной Сибири, Дальнего Востока и в высокогорных районах, пустынных и безводных местностях).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

При планировании и учете объемов гарантируемой стоматологической помощи населению по территориальной программе государственных гарантий на 2011 год учитываются как посещения, так и условные единицы трудоемкости (далее - УЕТ). При пересчете УЕТ в посещения рекомендуется использовать переводные коэффициенты, сложившиеся в субъекте Российской Федерации в зависимости от используемых ресурсов и технологий, а также организации стоматологической помощи. Для обоснования размера тарифа на стоматологическую помощь целесообразно устанавливать перечень лекарственных средств, изделий медицинского назначения, необходимых для ее оказания в рамках территориальной программы государственных гарантий.

12. Прочие медицинские и иные услуги, в соответствии с разделом III Программы, предоставляются за счет средств соответствующих бюджетов в лепрозориях, центрах по профилактике и борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита и инфекционными заболеваниями, центрах профессиональной патологии, бюро судебно-медицинской экспертизы, патолого-анатомических бюро, медицинских информационно-аналитических центрах, бюро медицинской статистики, станциях переливания крови, центрах крови, домах ребенка, включая специализированные, хосписах, домах (больницах) сестринского ухода, молочных кухнях и в прочих медицинских учреждениях, входящих в номенклатуру учреждений здравоохранения, утверждаемую Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, которые не участвуют в реализации территориальной программы ОМС.

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

Стоимость территориальной программы государственных гарантий формируется за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации и местных бюджетов, а также средств обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение территориальной программы ОМС.

Размер бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации и местных бюджетов на реализацию территориальной программы государственных гарантий определяется

исходя из величины подушевого норматива финансового обеспечения Программы за счет средств соответствующих бюджетов (3530,5 руб.), районного коэффициента и численности населения субъекта Российской Федерации по прогнозу Росстата на начало 2011 года.

Для определения оптимального размера взносов на ОМС неработающего населения следует учитывать коэффициенты удорожания стоимости медицинской помощи неработающему населению (в частности, коэффициент удорожания стоимости медицинской помощи для детей от нуля до четырех лет составляет 1,62, а для лиц шестидесяти лет и старше - 1,32) по отношению к подушевому нормативу финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования, принятому за 1,0.

Для расчета коэффициента удорожания стоимости медицинской помощи неработающему населению субъекта Российской Федерации необходимо численность населения определенных возрастных групп умножить на соответствующий этой группе коэффициент удорожания стоимости медицинской помощи, затем найти сумму и разделить ее на численность всего населения субъекта Российской Федерации (таблица 2).

Таблица 2. Пример расчета коэффициента удорожания стоимости медицинской помощи населением субъекта Российской Федерации

Возрастная группа (лет)	Численность населения	Коэффициент удорожания
0 - 4	109 050	1,62
5 - 59	1 677 313	1,00
60 и старше	222 634	1,32
всего	2 008 997	1,069

Пример расчета: $(109\,050 \times 1,62 + 1\,677\,313 \times 1,0 + 222\,634 \times 1,32) / 2\,008\,997 = 1,069$

Для определения стоимости территориальной программы ОМС необходимо величину подушевого норматива ее финансового обеспечения за счет средств ОМС (4102,9 руб.) умножить на районный коэффициент и на численность застрахованного населения в субъекте Российской Федерации. Медицинская помощь гражданам, не подлежащим обязательному медицинскому страхованию, оказывается и оплачивается за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

В случае если численность постоянного населения в субъекте Российской Федерации превышает численность застрахованных по ОМС граждан, расчет стоимости территориальной программы ОМС следует осуществлять исходя из численности постоянного населения в субъекте Российской Федерации.

Медицинская помощь гражданам, не подлежащим обязательному медицинскому страхованию в соответствии с законодательством Российской Федерации, по видам, включенным в территориальную программу ОМС, оплачивается за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

В случае если численность застрахованных по ОМС граждан превышает численность постоянного населения в субъекте Российской Федерации, расчет стоимости территориальной программы ОМС следует осуществлять исходя из численности застрахованных по ОМС граждан в субъекте Российской Федерации.

Медицинская помощь по видам, включенным в базовую программу ОМС, оказывается застрахованным по ОМС на всей территории Российской Федерации, в том числе за пределами территории страхования.

Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, работающими в системе ОМС, застрахованным по ОМС вне территории страхования осуществляется по видам, включенным в базовую программу ОМС, по тарифам и способам оплаты, действующим на территории оказания медицинской помощи на дату завершения случая оказания медицинской помощи.

14. Субъекты Российской Федерации вправе включать дополнительные объемы медицинской помощи и соответственно увеличивать стоимость территориальной программы

государственных гарантий исходя из потребности населения в медицинской помощи, учитывая при этом финансовые возможности региона.

15. При осуществлении субъектом Российской Федерации перехода на преимущественно одноканальное финансовое обеспечение территориальной программы государственных гарантий за счет средств ОМС (при условии утверждения размера подушевого норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС не ниже уровня 2010) необходимо придерживаться предусмотренного Правительством Российской Федерации норматива финансового обеспечения Программы в целом и не допускать увеличения размера дефицита территориальной программы государственных гарантий по тем видам медицинской помощи, которые остаются на финансовом обеспечении за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации.

Включение дополнительных условий, видов и объемов медицинской помощи в территориальную программу ОМС возможно при условии финансового обеспечения территориальной программы государственных гарантий с учетом предусмотренных Программой соответствующих нормативов.

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

16. Размер дефицита финансового обеспечения территориальной программы государственных гарантий в 2011 году рекомендуется определять как разность утвержденной субъектом Российской Федерации стоимости территориальной программы государственных гарантий и потребности в финансовом обеспечении территориальной программы государственных гарантий, определяемой исходя из подушевого норматива финансового обеспечения Программы, предусмотренного Правительством Российской Федерации на 2011 год, с учетом районных коэффициентов, прогноза численности населения субъекта Российской Федерации на начало 2011 года.

Размер дефицита финансового обеспечения территориальной программы ОМС в 2011 году рекомендуется определять как разность утвержденной субъектом Российской Федерации стоимости территориальной программы ОМС и потребности в финансовом обеспечении территориальной программы ОМС, определяемой исходя из подушевого норматива финансового обеспечения базовой программы ОМС, установленного Правительством Российской Федерации на 2011 год, с учетом районных коэффициентов, прогноза численности застрахованных граждан субъекта Российской Федерации на начало 2011 года.

17. Для определения размера бюджетных ассигнований, необходимого для финансового обеспечения учреждений здравоохранения, работающих в системе ОМС, в части их расходов, не включенных в тариф, следует произвести расчет стоимости территориальной программы ОМС:

а) с учетом финансового обеспечения учреждений здравоохранения, работающих в системе ОМС, по всем статьям расходов (полный тариф);

б) с учетом финансового обеспечения учреждений здравоохранения, работающих в системе ОМС, только по статьям расходов, включенных в тариф по ОМС.

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

За счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации предоставляются высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации и не вошедшая в государственное задание, сформированное в порядке, определяемом Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

19. В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 октября 2006 г. N 735 "Об утверждении административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по регистрации изделий медицинского назначения" к изделиям медицинского назначения относятся приборы, аппараты, инструменты, устройства, комплекты, комплексы, оборудование, приспособления, перевязочные и шовные средства, стоматологические материалы, наборы реагентов, контрольные материалы и стандартные образцы, калибраторы, расходные материалы для анализаторов, изделия из полимерных, резиновых и иных материалов.

Таким образом, расходы по проведению внутрилабораторного контроля качества клинических исследований в рамках территориальной программы ОМС могут подлежать оплате за счет средств ОМС при условии включения данных расходов в состав затрат на оказание медицинской помощи по ОМС, принятых тарифным соглашением.

20. В соответствии с законодательством Российской Федерации, а также Постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2010 г. N 782 и иными нормативными правовыми актами орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области здравоохранения совместно с территориальным фондом ОМС обеспечивают ведение раздельного учета объемов медицинской помощи и их финансового обеспечения по видам в соответствии с условиями предоставления в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий.

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

Рекомендуется установление в территориальной программе государственных гарантий норматива обеспеченности населения врачебными кадрами.

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

22. В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2010 г. N 782 территориальная программа государственных гарантий на 2011 год в виде приложений должна содержать условия оказания медицинской помощи, в том числе сроки ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке; перечни жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, необходимых для оказания стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи (в случае создания службы неотложной медицинской помощи); перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен; перечень медицинских учреждений и других медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы, в том числе территориальной программы обязательного медицинского страхования; государственное (муниципальное) задание медицинским учреждениям и другим медицинским организациям, участвующим в реализации территориальной программы, а также целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи в соответствии с разделом VI Программы.

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

- удовлетворенность населения медицинской помощью - в процентах от числа опрошенных;

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

23. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения, территориальные фонды обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации обязаны информировать граждан о видах и объемах медицинской помощи, перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, расходных материалов, устройств и изделий медицинского назначения, отдельных медицинских технологий, предоставляемых гражданам бесплатно в рамках территориальной программы государственных гарантий, а также об установленных территориальной программой государственных гарантий порядке, условиях и критериях доступности и качества медицинской помощи.

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

Министр
Т.А.ГОЛИКОВА

Приложение 1

Таблица 1.1

Утвержденная стоимость территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи по источникам ее финансового обеспечения на 2011 год

Источники финансового обеспечения территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи	N строки	Утвержденная стоимость территориальной программы	
		всего (млн. руб.)	на одного жителя (руб.)
1	2	3	4

Стоимость территориальной программы государственных гарантий всего (сумма строк 02 + 03) в том числе:	01		
I Средства консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации <*>	02		
II Стоимость территориальной программы ОМС всего (сумма строк 04 + 05)	03		
1. Средства консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на содержание медицинских организаций, работающих в системе ОМС	04		
2. Стоимость территориальной программы ОМС за счет средств системы ОМС (сумма строк 06 + 07 + 10) в том числе:	05		
2.1. страховые взносы (платежи) на ОМС работающего населения	06		
2.2. страховые взносы (платежи) на ОМС неработающего населения в том числе поступления из консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на:	07		
проведение одноканального финансирования медицинских организаций, работающих в системе ОМС	08		
финансирование обеспечения видов медицинской помощи сверх базовой программы ОМС <***>	09		
2.3. прочие поступления, включая дотации ФФОМС в том числе безвозмездные поступления из консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на:	10		
проведение одноканального финансирования медицинских организаций, работающих в системе ОМС	11		
финансирование обеспечения видов медицинской помощи сверх базовой программы ОМС <***>	12		

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

<***> Заполняется при наличии дополнительных видов медицинской помощи.

Приложение 1

Таблица 1.2

Утвержденная стоимость территориальной программы
государственных гарантий оказания гражданам Российской
Федерации бесплатной медицинской помощи по условиям
ее предоставления на 2011 год

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

- амбулаторная помощь	04	посещение				X		X	X
- стационарная помощь	05	к/день				X		X	X
- в дневных стационарах	06	пациенто- день				X		X	X
3. прочие виды медицинских и иных услуг	07		X	X		X		X	X
4. специализированная высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в медицинских организациях субъекта РФ	08	к/день	X	X		X		X	X
II Средства консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на содержание медицинских организаций, работающих в системе ОМС	09		X	X		X		X	
- амбулаторную помощь	10	посещение	X	X		X		X	X
- стационарную помощь	11	к/день	X	X		X		X	X
- мед. помощь в дневных стационарах	12	пациенто- день	X	X		X		X	X
III Медицинская помощь в рамках территориальной программы ОМС	13		X	X	X		X		

- скорая медицинская помощь	14	вызов			X		X		X
- амбулаторная помощь (сумма строк 21 + 30)	15	посещение			X		X		X
- стационарная помощь (сумма строк 22 + 31)	16	к/день			X		X		X
- в дневных стационарах (сумма строк 23 + 32)	17	пациенто-день			X		X		X
- затраты на АУП ТФОМС	18		X	X	X		X		X
- затраты на АУП страховых медицинских организаций	19		X	X	X		X		X
в том числе:									
1. Медицинская помощь, предоставляемая в рамках базовой программы ОМС	20		X	X	X		X		
- амбулаторная помощь	21	посещение			X		X		X
- стационарная помощь	22	к/день			X		X		X
- в дневных стационарах	23	пациенто-день			X		X		X
2. Медицинская помощь, предоставляемая по видам медицинской помощи в рамках	24		X	X	X		X		

базовой программы ОМС при переходе на одноканальное финансирование (расширение статей расходов) :									
- амбулаторная помощь	25	посещение	X		X		X		X
- стационарная помощь	26	к/день	X		X		X		X
- в дневных стационарах	27	пациенто- день	X		X		X		X
3. Медицинская помощь при заболеваниях сверх базовой программы ОМС:	28		X	X	X		X		X
- скорая медицинская помощь	29	вызов			X		X		X
- амбулаторная помощь	30	посещение			X		X		X
- стационарная помощь	31	к/день			X		X		X
- в дневных стационарах	32	пациенто- день			X		X		X
ИТОГО (сумма строк 01 + 09 + 13)	33		X	X					100

Таблица 2.1

Рекомендуемые объемы стационарной медицинской помощи
по профилям отделений

Профиль отделений	Уровень госпитализации (число госпитализаций на 1000 жителей в год)	Средняя длительность пребывания 1-ого больного в стационаре (дней)	Число койко-дней (круглосуточного пребывания) на 1000 жителей		
			всего	в том числе для	
				взрослых	детей
А	1	2	3	4	5
Кардиологические	7,2	17,5	126,92	121,56	5,36
Ревматологические	0,8	20,4	16,33	15,69	0,64
Гастроэнтерологические	3,3	15,2	50,21	40,98	9,23
Пульмонологические	2,8	18,6	52,17	44,36	7,81
Эндокринологические	1,5	16,4	24,61	22,75	1,86
Нефрологические	1,4	9,7	13,57	8,61	4,96
Гематологические	0,7	16	11,17	8,58	2,59
Аллергологические	0,4	14,8	5,94	5,22	0,72
Педиатрические	12,6	9	113,24	-	113,24
Терапевтические	21,7	12,6	290,04	290,04	-
Патология недоношенных и новорожденных	1,2	17,3	20,76	-	20,76
Травматологические	6,5	12,4	80,94	72,36	8,58
Ортопедические	1,2	20	24,05	19,14	4,91
Урологические	4,1	9,5	38,91	36,07	2,84
Нейрохирургические	2	8,8	17,63	16,28	1,35
Ожоговые	0,4	17,4	6,96	5,11	1,85
Челюстно-лицевой хирургии	1,1	6,9	7,62	6,18	1,44
Торакальной хирургии	0,5	14	6,98	6,49	0,49
Проктологические	0,6	9,8	5,87	5,49	0,38
Кардиохирургические	0,3	13,6	4,07	3,21	0,86
Сосудистой хирургии	0,6	14,1	8,44	8,01	0,43
Хирургические	26,5	8,3	219,75	197,74	22,01
Онкологические	6,2	13,4	83,24	80,57	2,67
Гинекологические	20	6,1	122,13	121,41	0,72
Оториноларингологические	5,7	6,7	38,23	25,49	12,74
Офтальмологические	4,5	8,4	37,87	32,21	5,66
Неврологические	9,5	15,3	145,59	133	12,59
Дерматологические	2,8	14,3	40,17	32,59	7,58
Инфекционные	14,9	9,5	141,93	71,06	70,87
Для беременных и рожениц	7,8	9,6	75,1	75,1	-
Патологии беременности	5	11,2	56,04	56,04	-
Для производства абортов	4,8	1,5	7,24	7,24	-
Психиатрические	6	79,5	477,44	451,72	25,72

Наркологические	8,6	21	180,34	176,74	3,6
Фтизиатрические	2,6	82,3	214,89	195,57	19,32
Венерологические	0,6	21	13,61	12,01	1,6
ВСЕГО	196	14,2	2 780,00	2404,62	375,38

Таблица 2.2

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

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

Таблица 2.3

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

Специальности	Число посещений на 1 000 жителей		
	всего	в том числе для	
		взрослых	детей
Кардиология и ревматология	8,8	-	8,8

Педиатрия	212,2	-	212,2
Терапия	106,9	105,6	1,3
Эндокринология	25,5	25,4	0,1
Аллергология	0,2	-	0,2
Неврология	18,7	-	18,7
Инфекционные болезни	1,5	-	1,5
Хирургия	60,9	33,8	27,1
Урология	2,2	-	2,2
Стоматология	108,2	53,3	54,9
Акушерство и гинекология	234,0	234,0	-
Оториноларингология	48,6	-	48,6
Офтальмология	52,4	-	52,4
Дерматология	41,6	-	41,6
Профилактические посещения, в том числе центров здоровья	300,0	179,8	120,2
Всего	1221,7	631,9	589,8

Таблица 2.4

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

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

Таблица 3.1

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

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

Профиль отделений	Субъект РФ		Городской округ		Муниципальный район	
	взрослые	дети	взрослые	дети	взрослые	дети
Кардиологические	1,1178	1,1584	0,9129	0,9271	0,7750	0,7851
Ревматологические	1,2203	1,1949	0,9434	0,9454	0,8318	0,8328
Гастроэнтерологические	1,2172	1,2172	0,9494	0,9535	0,8399	0,8439
Пульмонологические	1,2355	1,2020	0,9931	0,9890	0,8521	0,8470
Эндокринологические	1,3304	1,2030	0,9018			
Нефрологические	1,2664	1,1899				
Гематологические	1,4262	1,4495	1,0620	1,1199	0,9139	0,9687
Аллергологические	1,3136	1,2781	0,9829	0,9789	0,8480	0,8439
Педиатрические		1,1838		0,9758		0,8470
Терапевтические	1,1330		0,9018		0,7912	
Патология недоношенных и новорожденных		1,5986		1,1604		1,0255
Травматологические	1,2892	1,3227	1,1229	1,0042	0,9261	0,9535
Ортопедические	1,2477	1,3014	1,1229	1,0103	0,9261	0,9413
Урологические	1,2690	1,4363	0,9596	1,0478	0,9200	0,9920
Нейрохирургические	1,3684	1,4820	1,0529	1,1401	1,0032	1,0742
Ожоговые	1,9577	1,9577	1,6656	1,6656	1,4120	1,4120
Челюстно-лицевой хирургии	1,4211	1,3724	1,0499	0,9281	0,9494	0,9697
Торакальной хирургии	1,8745	1,8745	1,5702	1,4870	1,3887	1,2324
Проктологические	1,2882	1,2882	1,0417	1,0417	0,9545	0,9545
Кардиохирургические	2,8230	2,8230	2,2843	2,2843	1,0590	1,0590
Сосудистой хирургии	1,7447	1,7447	1,2862	1,2862	1,2365	1,2365
Хирургические	1,3988	1,4647	1,0438	1,1168	1,0397	0,9707
Онкологические	1,6696	1,5783	1,3461	1,3461	0,9900	0,9900
Гинекологические	1,2213	1,2213	1,1880	1,0336	0,9109	1,047
Оториноларингологические	1,2233	1,2416	0,9515	0,9829	0,8865	0,9058
Офтальмологические	1,3268	1,3126	1,0367	1,0661	1,0012	1,0559
Неврологические	1,2223	1,2426	0,9018	0,9200	0,8196	1,0154
Дерматологические	1,0914	1,0539	0,8257	0,9129	0,8196	0,8257
Инфекционные	1,2193	1,4039	0,9991	1,0854	0,9170	0,9971
Для беременных и рожениц	1,5672	1,5672	1,2720	1,2720	1,0417	1,0417
Патологии беременности	1,5114	1,5114	1,3126	1,3126	1,0712	1,0712
Для производства абортов					1,0722	
Психиатрические	1,0073	1,0073	1,0073	1,0073	1,0073	1,0073
Наркологические	1,0103	1,0103	0,8916	0,8916	0,5538	0,5538

Фтизиатрические	0,8348	0,8348	0,8348	0,8348	0,8348	0,8348
Венерологические	1,0914	1,0539	0,8257	0,9129	0,8196	0,8257

Таблица 3.2

Относительные коэффициенты стоимости одного посещения
по специальностям

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

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

Таблица 3.3

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

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

15. Психиатрия	0,9806	0,9806
16. Наркология	0,8818	-
17. Фтизиатрия	0,8128	0,8128
18. Венерология	0,8423	0,9438

Приложение 4

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

1.1. Определение абсолютного количества коек (К):

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

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

H - численность населения;

$Д$ - среднегодовая занятость койки.

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

1.2. Определение фактической среднегодовой занятости койки (Д):

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

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

$\frac{t}{o}$ - простой койки в связи с оборотом койки, т.е. время, необходимое на санацию койки после выписки и приема больного и время ожидания госпитализации (1,0 для всех профилей; кроме: фтизиатрических - 3; акушерских - 2,5 - 3; инфекционных - 3; коек для абортотворения - 0,5 и т.п.);

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

1.3. Определение планового оборота койки (F):

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

T - средние сроки лечения.

Пример: расчет необходимого числа коек терапевтического профиля.

$T = 14,6$ дней; $H = 1\ 000\ 000$ человек; $\frac{t}{r} = 10,0$ дней; $\frac{t}{o} = 1,0$ день,

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

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

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

$$K = \frac{353,32 \times 1000000}{1000 \times 332} = 1064 \text{ койки терапевтического профиля.}$$

2. Определение потребности в медицинском персонале.

2.1. Стационарная медицинская помощь.

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

Таблица 4.1

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

Профиль отделения <*>	Число коек на 1 врачебную должность	Число коек на 1 пост медицинских сестер
Кардиология	15	15
Кардиохирургия	7	10
Ревматология	15	15
Ревматология для детей	10	15
Гастроэнтерология	15	15
Пульмонология	15	15
Эндокринология	15	15
Эндокринология для детей	15	15
Нефрология	12	15
Гематология	10	10
Аллергология	20	20
Сосудистая хирургия	12	15
Травматология	17	20
Ортопедия	15	15
Ожоговая травма	12	15
Урология	10	15
Урология для детей	10	15
Нейрохирургия	12	15
Челюстно-лицевая травма	12	15
Торакальная хирургия	12	15
Онкология	10	15
Онкология для детей	6	15
Проктология	15	15
Общая хирургия	15	15
Общая хирургия для детей	12	15

Патология беременности	12	15
Гинекология	12	15
Оториноларингология	12	15
Офтальмология	20	30
Офтальмология для детей	10	15
Неврология	12	20
Терапия	15	15
Педиатрия	12	15
Инфекционное	20	10
Акушерское	15	10
Дерматовенерология	15	15
Фтизиатрия	20	20

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

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

2.2. Амбулаторная медицинская помощь.

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

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

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

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