



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Особенности формирования территориальных программ
государственных гарантий на 2014 год и на плановый период
2015 и 2016 годов, включая способы оплаты медицинской помощи**

ПОМОЩНИК МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В. О.ФЛЕК

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ

Призвана обеспечить конституционное право граждан на бесплатную медицинскую помощь на основе:

- справедливости
- равенства
- экономической защиты

Содержит требования к территориальной программе в части определения порядка и условий предоставления медицинской помощи

С 1998 года основана на единых для всех субъектов Российской Федерации методах подушевого нормативного планирования и финансового обеспечения медицинской помощи

Базовая программа ОМС является составной частью Программы государственных гарантий (более 67% всей медицинской помощи на 2014 год)

Определяет:

- параметры структурных преобразований в здравоохранении, направленных на эффективное использование государственных ресурсов
- критерии доступности и качества медицинской помощи
- способы оплаты медицинской помощи

Основные законодательные, нормативные правовые и иные документы

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (статьи 80 и 81)

Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. №326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"

постановление Правительства Российской Федерации от 18 октября 2013 г. № 932 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов»

письмо Минздрава России от 8 ноября 2013 г. №11-9/10/2-8309 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов»

письмо Минздрава России от 11 ноября 2013 г. №66-0/10/2-8405 «Рекомендации по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и дневных стационарах на основе групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп (КСГ) и клинко-профильных групп (КПГ) за счет средств системы обязательного медицинского страхования», в дополнение

к письму Минздрава России от 20 декабря 2012 г. №14-6/10/2-5305 «Способы оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на основе групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп болезней(КСГ)»

Приказ Минздрава России от 18 ноября 2013 г. №854 «Об утверждении Положения об осуществлении мониторинга формирования, экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»

**Перечень поручений Президента Российской Федерации В.В. Путина
по итогам заседания президиума Государственного совета Российской Федерации
от 30 июля 2013 г. № Пр-2183ГС**

Правительству Российской Федерации поручено:

усилить контроль за порядком и условиями бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

принять меры по повышению доступности медицинской помощи, расширению возможностей ее оказания, в том числе за счет развития санитарной авиации, использования мобильных медицинских бригад и внедрения в практику здравоохранения телемедицинских и иных технологий дистанционного обслуживания

**Высшим должностным лицам (руководителям высших исполнительных
органов государственной власти) субъектов Российской Федерации**

совместно с Министерством здравоохранения Российской Федерации принять дополнительные меры по развитию паллиативной медицинской помощи, медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме и в условиях дневных стационаров, а также медицинской реабилитации

обеспечить развитие системы информирования населения о порядке и условиях бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе об услугах, которые не подлежат оплате за счет личных средств граждан

ОСОБЕННОСТИ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ НА 2014 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2015 И 2016 ГОДОВ

- В целях унификации подходов к планированию и оплате медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, ориентированных на результаты деятельности медицинской организации, вместо койко-дня введена новая единица норматива объема медицинской помощи в стационарных условиях – случай госпитализации
- Впервые установлены нормативы объема и стоимости медицинской реабилитации в стационарных условиях
- Субъектами Российской Федерации могут устанавливаться дифференцированные нормативы объема медицинской помощи на 1 жителя и нормативы объема медицинской помощи на 1 застрахованное лицо с учетом этапов оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи
- В целях обеспечения доступности медицинской помощи гражданам, проживающим в малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктах, а также в сельской местности территориальными программами могут устанавливаться дифференцированные объемы медицинской помощи с учетом использования санитарной авиации, телемедицины и передвижных форм предоставления медицинских услуг
- Расширен перечень критериев доступности и качества медицинской помощи, по которым в субъектах РФ будет проводиться оценка эффективности реализации территориальных программ государственных гарантий

В целях обеспечения прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи рекомендуется конкретизировать территориальную программу государственных гарантий установлением предельных сроков ожидания:

оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме – не более 2 часов с момента обращения

приема врачей-специалистов при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в плановой форме – не более 10 рабочих дней с момента обращения

проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме – не более 10 рабочих дней

проведения компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме – не более 30 рабочих дней

оказания специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме – не более 30 дней с момента выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию (при условии обращения пациента за госпитализацией в рекомендуемые лечащим врачом сроки

СРЕДНИЕ НОРМАТИВЫ ОБЪЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ВИДАМ И УСЛОВИЯМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Средние нормативы объема медицинской помощи	2012 год *	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год
для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической целью					
посещений с профилактической целью на 1 жителя	-	2,44	2,77	2,95	2,98
в том числе в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений с профилактической целью на 1 застрахованное лицо	-	2,04	2,27	2,35	2,38
для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме					
в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений на 1 застрахованное лицо	-	0,36	0,46	0,6	0,6
для медицинской помощи в условиях дневных стационаров					
пациенто-дней на 1 жителя	0,59	0,63	0,665	0,71	0,735
в том числе в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, пациенто-дней на 1 застрахованное лицо	0,49	0,52	0,55	0,59	0,61
для медицинской помощи в стационарных условиях					
случаев госпитализации на 1 жителя	-	-	0,197	0,193	0,193
в том числе в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, случаев госпитализации на 1 застрахованное лицо	-	-	0,176	0,172	0,172
для медицинской реабилитации в стационарных условиях					
в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, койко-дней на 1 застрахованное лицо	-	-	0,03	0,033	0,039

* В 2012 году норматив амбулаторной медицинской помощи с профилактической целью не устанавливался. Норматив числа посещений составил 9,7 на 1 жителя, в рамках базовой программы ОМС – 8,962 на 1 застрахованное лицо.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИНАНСОВЫХ РАСХОДОВ НА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ (3-х летнее планирование Программы государственных гарантий)

Реструктуризация объёмов финансирования медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий, %



Впервые введены:

- с 2013 года нормативы объема профилактической, неотложной и паллиативной медицинской помощи
- с 2014 года нормативы объема медицинской реабилитации

в том числе:

- * паллиативная мед.помощь и мед. реабилитация
- ** в неотложной форме

Перераспределение объемов медицинской помощи и финансовых средств со стационарного звена на оказание:

- профилактической, паллиативной, неотложной медицинской помощи и медицинской реабилитации
- дополнительной медицинской помощи в дневных стационарах 11 млн. граждан

ЭФФЕКТИВНЫЕ СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОРИЕНТИРОВАННЫЕ НА РЕЗУЛЬТАТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)
- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи)
- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц)

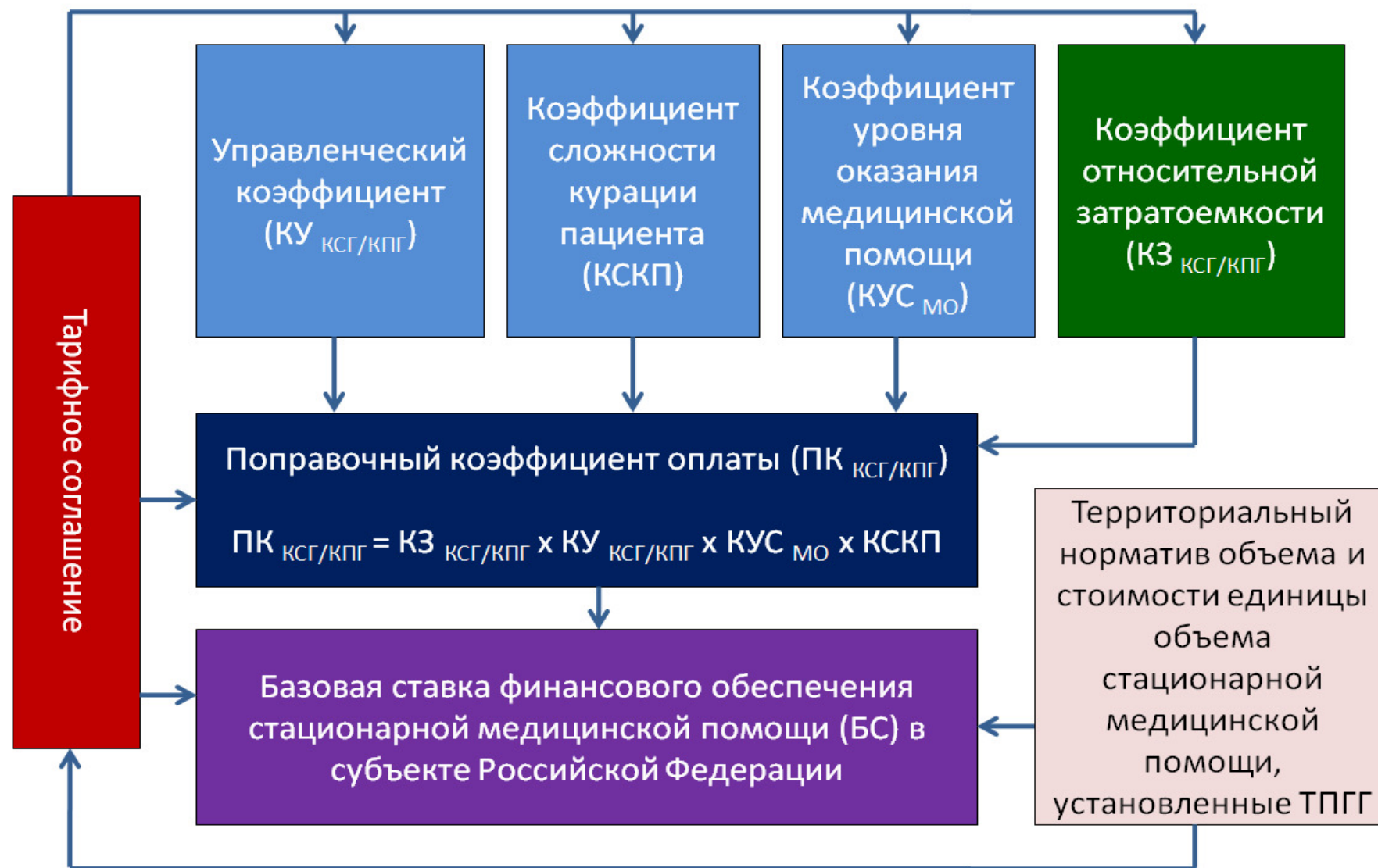
при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в дневных стационарах:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний)

при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

- по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ СТОИМОСТИ КСГ/КПГ В РАМКАХ ТПГГ



ПОДУШЕВЫЕ НОРМАТИВЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ И ПРОГНОЗ СТОИМОСТИ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ (БЕЗ УЧЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА)

Показатель	2013 год	2014 год	% к 2013	2015 год	% к 2014	2016 год	% к 2015
подушевой норматив финансирования, рублей на 1 жителя	9 032,5	10 294,4	14,0	12 096,7	17,5	12 642,1	4,5
расходы на программу, всего, млрд рублей	1 497,8	1 727,0		2 030,3		2 121,9	
подушевой норматив финансирования программы за счет средств ОМС, рублей на 1 застрахованное лицо	5 942,5	6 962,5	17,2	8 481,5	21,8	8 863,2	4,5
средства ОМС на программу, млрд рублей	985,4	1 174,3		1 430,5		1 494,9	
подушевой норматив финансирования программы за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации	3 090,0	3 331,9	7,8	3 615,2	8,5	3 778,9	4,5
средства бюджетов субъектов Российской Федерации	512,4	552,7		599,8		627,0	



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!