



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Формирование и экономическое обоснование
территориальной программы
государственных гарантий бесплатного
оказания гражданам медицинской помощи**

**Помощник Министра здравоохранения Российской Федерации
дмн, профессор Флек Виталий Олегович
2018**



Управление здоровьем

Нормативные документы, регламентирующие процессы разработки и формирования территориальных программ государственных гарантий субъектов РФ

**Федеральный закон
от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ**

«Об обязательном
медицинском страховании в
Российской Федерации»

**Федеральный закон
от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ**

«Об основах охраны здоровья
граждан в Российской
Федерации»

**Постановление Правительства
Российской Федерации
от 10.12.2018 г. № 1506**

«О Программе государственных
гарантий бесплатного оказания
гражданам медицинской помощи
на 2019 год и на плановый
период 2020 и 2021 годов»

**Приказ
Минздравсоцразвития
России
от 28.02.2011 № 158н**
«Об утверждении правил
обязательного медицинского
страхования»

**Приказ Минздравсоцразвития
России
от 09.09.2011 г. № 1030н**
«Об утверждении формы
типового договора о финансовом
обеспечении обязательного
медицинского страхования»

**Приказ Минздрава России
от 24.12.2012 № 1355н**
«Об утверждении формы
типового договора на оказание
и оплату медицинской помощи
по обязательному
медицинскому страхованию»

Особенности Программы государственных гарантий на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов

За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета осуществляется финансовое обеспечение: -закупки лекарственных препаратов, предназначенных для лечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, **гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом I, II и VI типов**, лиц после трансплантации органов и (или) тканей по перечню лекарственных препаратов, сформированному в установленном порядке и утверждаемому Правительством РФ

За счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов осуществляется финансовое обеспечение: ...**санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами...**

за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации ...осуществляется финансовое обеспечение **авиационных работ при санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами...**

На основе данных о динамике заболеваемости социально значимыми заболеваниями продолжена оптимизация средних нормативов объемов медицинской помощи не входящей в базовую программу ОМС: в амбулаторных условиях, норматив посещений с профилактическими и иными целями увеличился с 0,7 до **0,73** на жителя, норматив обращений снижен с 0,2 до **0,144** на жителя, а норматив специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях на 2019-2021 гг. снижен с 0,016 до **0,0146** случая госпитализации на 1 жителя. Все это позволило проиндексировать нормативы финансовых затрат по видам и условиям оказания медицинской помощи без увеличения размера подушевого норматива финансирования Программы за счет бюджетных ассигнований консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации в 2019 году по сравнению с 2018 годом.



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Особенности Программы государственных гарантий на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов

С целью оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в рамках базовой программы ОМС норматив посещений с профилактическими и иными целями увеличен с 2,35 до 2,88, на 2020 год - 2,9, на 2021 год - 2,92 посещения на 1 застрахованное лицо, в том числе для профилактических медицинских осмотров, включая диспансеризацию, на 2019 год – 0,79, на 2020 год – 0,808, на 2021 год – 0,826 посещения на 1 застрахованное лицо; за исключением предварительных и периодических медицинских осмотров работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда. Норматив обращения снижен с 1,98 до 1,77 в 2019-2021 гг.

Для медицинской помощи в условиях дневных стационаров в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2019- 2021 годы увеличен норматив случая лечения на 1 застрахованное лицо с 0,06 до 0,062, в том числе установлены нормативы для медицинской помощи по профилю «онкология» на 2019 год – 0,00631- случая лечения на 1 застрахованное лицо, на 2020 год – 0,0065, на 2021 год – 0,00668.

Для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования увеличен норматив случая лечения на 1 застрахованное лицо 2019 год с 0,17235 до 0,17443 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, на 2020 год - 0,17557, на 2021 год - 0,1761, в том числе установлены нормативы для медицинской помощи по профилю «онкология» на 2019 год - 0,0091 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, на 2020 год - 0,01023, на 2021 год - 0,01076;

Введена новая единица норматива объема медицинской помощи для медицинской реабилитации – случай госпитализации. Норматив составил на 2019 год - 0,004 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, на 2020 и 2021 годы -0,005 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо.

Особенности Программы государственных гарантий на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов

Установленные средние нормативы медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении составляют: на 2019 год 0,000478 случая на 1 застрахованное лицо, на 2020 год – 0,000492 случая на 1 застрахованное лицо, на 2021 год – 0,000506 случая на 1 застрахованное лицо. Установленные в территориальных программах нормативы объема медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении с учетом реальной потребности, обусловленной в том числе количеством женщин фертильного возраста, могут быть обоснованно ниже или выше соответствующих средних нормативов, предусмотренных настоящим разделом Программы.

Установленный средний норматив финансовых затрат за счет средств соответствующих бюджетов на 1 случай оказания медицинской помощи выездными бригадами скорой медицинской помощи при санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами, с учетом реальной потребности (за исключением расходов на авиационные работы) составляет 6111,3 рубля на 2019 год, 6343,5 рубля на 2020 год, 6597,2 рубля на 2021 год.

сроки проведения компьютерной томографии (включая однофотонную эмиссионную компьютерную томографию), магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи не должны превышать 30 календарных дней, а для пациентов с онкологическими заболеваниями - 14 календарных дней со дня назначения.

увеличено количество методов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, за счет передачи 2-х методов из раздела II в раздел I Перечня ВМП, в связи с чем средний норматив объема специализированной медицинской помощи в стационарных условиях увеличен с 0,17235 в 2017 г. до 0,17443 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо в 2018 (расчетное количество пациентов по данным методам лечения составляет 35,1 тыс. человек, финансовое обеспечение передаваемых методов высокотехнологичной медицинской помощи – 8,2 млрд. руб.)

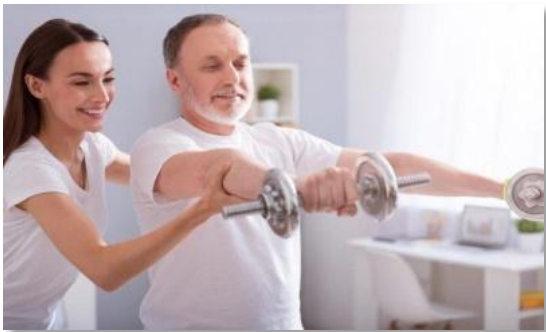
Особенности Программы государственных гарантий на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов

Установлены новые критерии доступности и качества медицинской помощи:

- доля впервые выявленных заболеваний при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации в общем количестве впервые в жизни зарегистрированных заболеваний в течение года (*отчетная форма № 12*);
- доля впервые выявленных заболеваний при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации лиц старше трудоспособного возраста в общем количестве впервые в жизни зарегистрированных заболеваний в течение года у лиц старше трудоспособного возраста (*отчетная форма № 12*);
- доля пациентов со злокачественными новообразованиями, выявленных активно, в общем количестве пациентов со злокачественными новообразованиями, взятых под диспансерное наблюдение (*отчетная форма № 7*);
- доля лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, получающих антиретровирусную терапию, в общем количестве лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека (*отчетная форма № 61*);
- доля пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных в первичные сосудистые отделения или региональные сосудистые центры пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями;
- доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым ишемическим инсультом, госпитализированных в первичные сосудистые отделения или региональные сосудистые центры в первые 6 часов от начала заболевания;
- доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым ишемическим инсультом, госпитализированных в первичные сосудистые отделения или региональные сосудистые центры;
- доля охвата диспансеризацией взрослого населения, подлежащего диспансеризации (*отчетная форма № 131*);
- доля охвата профилактическими медицинскими осмотрами взрослого населения, в том числе городских и сельских жителей;



Особенности базовой программы обязательного медицинского страхования на 2019-2021 гг.



Медицинская реабилитация

Переход от валовых показателей объема медицинской помощи (**койко-дни**) к показателям, характеризующим законченные **случаи лечения**



Высокотехнологичная медицинская помощь

Расширение перечня ВМП за счет включения в Раздел I:

- **эндопротезирование суставов конечностей**, при выраженных деформациях, дисплазии, анкилозах, неправильно сросшихся и несросшихся переломах области сустава, посттравматических вывихах и подвывихах, остеопорозе и системных заболеваниях, в т. ч. с использованием компьютерной навигации;
- **коронарная реваскуляризация миокарда** с применением ангиопластики в сочетании со стентированием при ишемической болезни сердца при ишемической болезни сердца со стенозированием 1 - 3 коронарных артерий



Формирование территориальных программ обязательного медицинского страхования



Межбюджетные трансферты
 бюджетов субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение **дополнительных видов и условий** оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС

Территориальная программа ОМС предусматривает перечень направлений использования средств ОМС

Территориальная программа государственных гарантий		
Территориальная программа ОМС		
Базовая программа ОМС		
Субвенция ФОМС	Межбюджетные трансферты	Бюджет субъекта
Виды медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС	Виды медицинской помощи сверх базовой программы ОМС на застрахованных лиц	Медицинская помощь, оказанная не застрахованным по ОМС
Расходы на финансовое обеспечение на увеличение численности врачей и среднего медицинского персонала первичного звена	Расширение и увеличение структуры тарифа	- По видам медицинской помощи, не входящим в базовую программу ОМС - Скорая специализированная (санитарная авиационная эвакуация)

V Определение объемов медицинской помощи к распределению между медицинскими организациями в субъекте по ТПОМС

Объемы медицинской помощи к распределению

=

Норматив Объема МП по ТП ОМС * Численность ЗЛ

—

Объемы медицинской помощи застрахованным лицам субъекта РФ, оказываемой за пределами территории страхования

Порядок заключения трехсторонних соглашений о реализации территориальных программ государственных гарантий

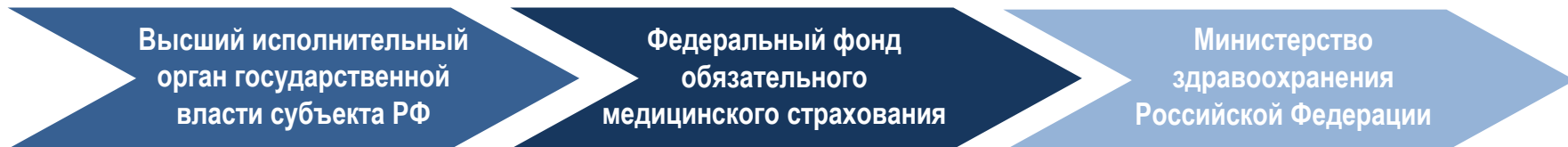


В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 11.02.2015 № 113

Согласование проекта соглашения



Подписание соглашения



Нормативные документы, регламентирующие порядок заключения трехсторонних соглашений о реализации территориальных программ государственных гарантий

Постановление Правительства Российской Федерации от 11.02.2015 № 113

«Об утверждении формы соглашения Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования и высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации о реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальной программы обязательного медицинского страхования»

«Об утверждении Правил заключения соглашений о реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальных программ обязательного медицинского страхования, Министерством здравоохранения Российской Федерации, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации»

Приказ Минздрава России от 12.02.2015 № 51н (ред. от 17.03.2016)

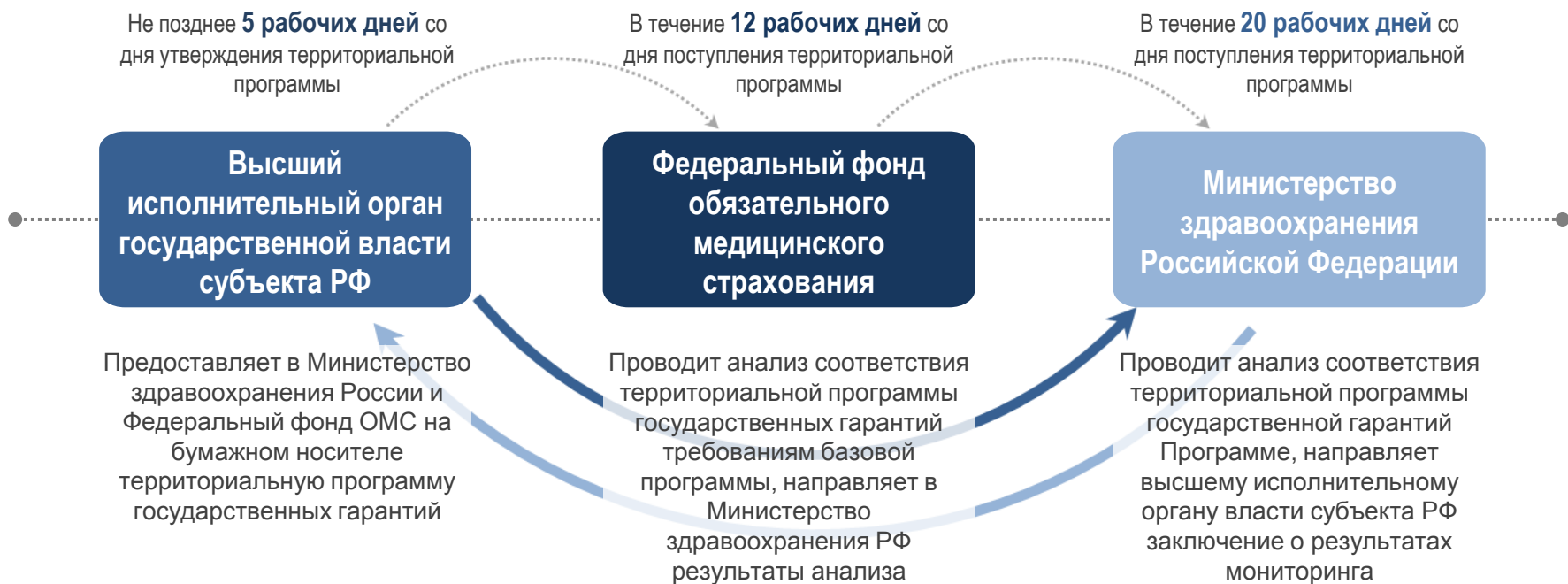
Приказ Минздрава России от 26.06.2015 № 370н

«Об утверждении Положения об осуществлении мониторинга формирования, экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»

Мониторинг формирования, экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи



Приказ Минздрава России от 26.06.2015 г. № 370 «Об утверждении Положения об осуществлении мониторинга формирования, экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»



О реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2018 году

В 2018 году заключены соглашения с **84 субъектами** между Министерством здравоохранения Российской Федерации, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и органами государственной власти субъектов Российской Федерации
(Пермским краем не было заключено соглашение)

24 субъекта Российской Федерации

Устранили все нарушения в соответствии с утвержденными планами мероприятий

43 субъекта Российской Федерации

Не имели замечаний

По состоянию на 12.12.2018

5 субъектов Российской Федерации

Устранили нарушения **не в полном соответствии** с утвержденными планами мероприятий

12 субъектов Российской Федерации

Не выполнили планы мероприятий в соответствии со сроками

Основные замечания к территориальным программам ОМС на 2018 и на плановый период 2019 И 2020 годов

01

Приведение размера субвенции из бюджета ФОМС в соответствие с Федеральным законом от 05.12.2017 № 368-ФЗ «О бюджете Федерального фонда ОМС на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов»

02

Обеспечение сбалансированности территориальной программы ОМС за счет корректировки нормативов объемов и/или финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи

03

Установление дифференцированных нормативов объема медицинской помощи по уровням ее оказания

04

Установление норматива объема медицинской реабилитации в стационарных условиях для детей в возрасте 0-17 лет

05

Исключение из стоимости территориальной программы ОМС межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджета субъекта Российской Федерации в бюджет территориального фонда ОМС, на оказание скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи лицам, не застрахованным по ОМС

06

Обоснование источников и направлений использования финансовых ресурсов, утверждаемых в качестве дополнительного страхового обеспечения по страховым случаям, включенным в базовую программу ОМС

Базовая программа обязательного медицинского страхования на 2019-2021 гг.



- ✓ Специализированная медицинская помощь (в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи)
- ✓ Профилактические мероприятия, включая диспансеризацию, диспансерное наблюдение и профилактические медицинские осмотры отдельных категорий граждан

- ✓ Первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь
- ✓ Скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации)
- ✓ Медицинская реабилитация
- ✓ Аудиологический скрининг
- ✓ Применение вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая обеспечение лекарственными препаратами

Средние нормативы объема медицинской помощи (в рамках базовой программы ОМС)

Скорая медицинская помощь (вызовов на 1 з. л.)			
2018	2019	2020	2021
0,300	0,300	0,300	0,300

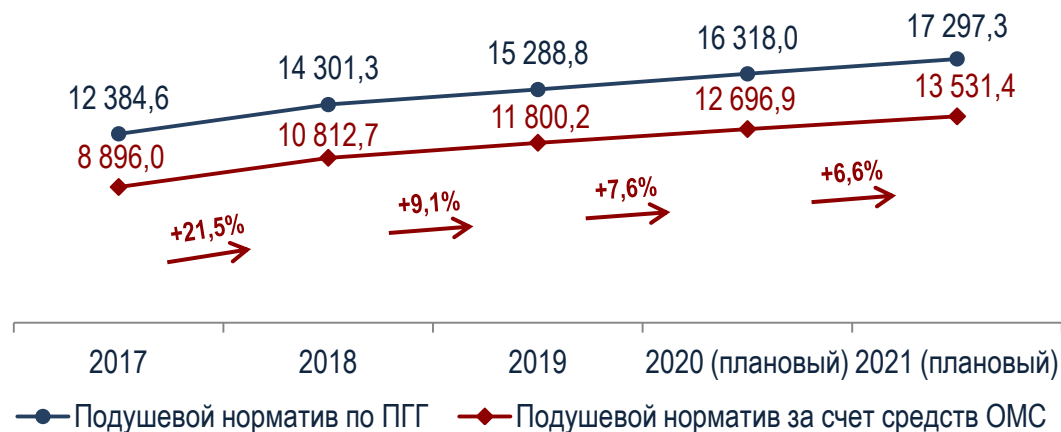
Медицинская помощь в амбулаторных условиях			
2018	2019	2020	2021
Посещений с профилактической и иными целями на 1 застрахованное лицо			
2,35	2,88	2,9	2,92
<i>для проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации</i>			
-	0,79	0,808	0,826
Посещений по неотложной медицинской помощи на 1 застрахованное лицо			
0,56	0,56	0,54	0,54
Обращений в связи с заболеваниями на 1 застрахованное лицо			
1,98	1,77	1,77	1,77

Москва, 2018

Стационарная медицинская помощь			
2018	2019	2020	2021
Случаев госпитализации на 1 застрахованное лицо			
0,17233	0,17443	0,17557	0,1761
<i>в том числе для медицинской помощи по профилю «онкология»</i>			
-	0,0091	0,01023	0,01076
Медицинская реабилитация (случаев госпитализации на 1 застрахованное лицо)			
0,048 (койко-дня)	0,004	0,005	0,005

Медицинская помощь в условиях дневных стационаров			
2018	2019	2020	2021
Случаев лечения на 1 застрахованное лицо			
0,06	0,062	0,062	0,062
<i>в том числе для медицинской помощи по профилю «онкология»</i>			
-	0,00631	0,0065	0,00668

Подушевые нормативы финансирования медицинской помощи (рублей, без учета влияния районных коэффициентов)



* С 2015 года Программой предусмотрено установление средних подушевых нормативов финансирования отдельно по источникам финансового обеспечения: за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации (в расчете на 1 жителя) и средств ОМС на финансирование базовой программы ОМС за счет субвенций Федерального фонда ОМС (в расчете на 1 застрахованное лицо)

! Средний подушевой норматив финансирования базовой программы ОМС на 2019-2021 годы включает финансовое обеспечение мероприятий, направленных на **ликвидацию кадрового дефицита** в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в размере:

- на **2019 г.** – **70,1** рублей
- на **2020 г.** – **197,7** рублей
- на **2021 г.** – **287,4** рублей



Федеральный проект «Развитие первичной медико-санитарной помощи»

РАЗВИТИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ



октябрь 2016 г.

Начало пилотного проекта «Бережливая поликлиника»



01.01.2018 г.

Новый приоритетный проект «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь»



01.01.2019 г.

Начало федерального проекта «Развитие первичной медико-санитарной помощи»

Показатели федерального проекта

2 Наименование показателя	Базовое значение		Период, год					
	Значение	Дата	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Доля медицинских организаций, оказывающих в рамках обязательного медицинского страхования первичную медико-санитарную помощь, на базе которых функционируют каналы связи граждан со страховыми представителями страховых медицинских организаций (пост страхового представителя, телефон, терминал для связи со страховым представителем), %	3,3	31.12.2017	30,7	47,8	55,0	60,9	67,2	72,9

Количество МО, на базе которых функционируют каналы связи граждан со страховыми представителям СМО * 100%
Количество МО, участвующих в реализации программы ОМС

Формула расчета показателя:

«Мониторинг количества медицинских организаций, оказывающих в рамках обязательного медицинского страхования первичную медико-санитарную помощь, на базе которых функционируют каналы связи граждан со страховыми представителями страховых медицинских организаций»

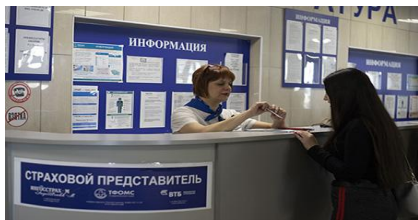
Федеральный проект «Развитие первичной медико-санитарной помощи»



ИНФОРМИРОВАНИЕ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ



1 июля 2016 г.
Внедрение института страховых представителей
Начало работы страховых представителей
1 уровня



11 января 2017 г.
Начало работы страховых представителей
2 уровня



11 января 2018 г.
Начало работы страховых представителей
3 уровня

Показатели федерального проекта



1 Наименование показателя	Базовое значение		Период, год					
	Значение	Дата	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Доля застрахованных лиц старше 18 лет, проинформированных страховыми медицинскими представителями о праве на прохождение профилактического медицинского осмотра ежегодно, %	22,3	31.12.2017	44,4	48,6	66,2	76,0	89,9	95,0

Формула расчета показателя:

$$\frac{\text{Число проинформированных застрахованных лиц}}{\text{Общее количество застрахованных лиц в текущем году старше 18 лет}} \times 100\%$$

Форма «Мониторинг информирования страховыми медицинскими организациями застрахованных лиц о праве прохождения профилактических мероприятий»

Особенности базовой программы обязательного медицинского страхования на 2019-2021 гг.

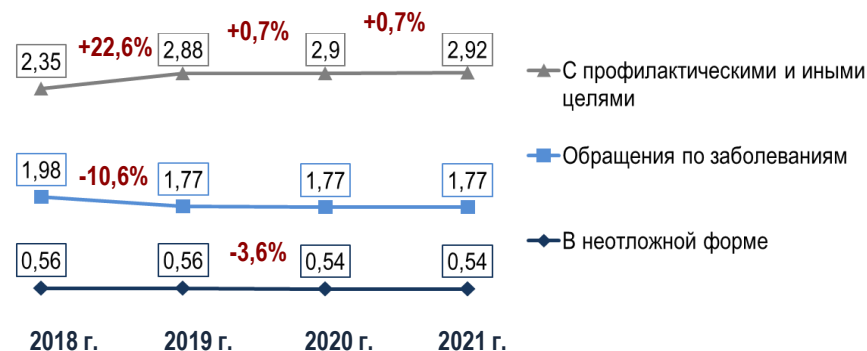
Профилактические мероприятия

- Диспансеризация определенных групп взрослого населения 1 раз в 2 года
- Диспансеризация определенных групп взрослого населения 1 раз в 3 года
- Профилактические медицинские осмотры взрослого населения
- Диспансерное наблюдение
- Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации
- Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних
- Диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью

ИЗМЕНЕНИЕ СТРУКТУРЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



ПРИОРИТЕТ - ПРОФИЛАКТИКА



Установление норматива объема медицинской помощи для проведения профилактических медицинских осмотров, включая диспансеризацию

Норматив объема для профилактических осмотров, включая диспансеризацию (посещений на 1 застрахованное лицо)

2018	2019	2020	2021
-	0,79	0,808	0,8266
		+2,3%	+2,3%

Норматив объема медицинской помощи для проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации

Число посещений с профилактической и иными целями в амбулаторных условиях на 2019 год (2,88 посещения на 1 застрахованное лицо за счет средств обязательного медицинского страхования) включает:

а) посещения с профилактической целью, в том числе:

- центров здоровья (комплексный медицинский осмотр);
- в связи с диспансеризацией определенных групп населения;
- в связи с профилактическими медицинскими осмотрами в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации;
- в связи с патронажем;
- по диспансерному наблюдению;

б) посещения с иными целями, в том числе:

- разовые посещения в связи с заболеванием;
- в связи с другими целями (получением справки, других медицинских документов);
- медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием.

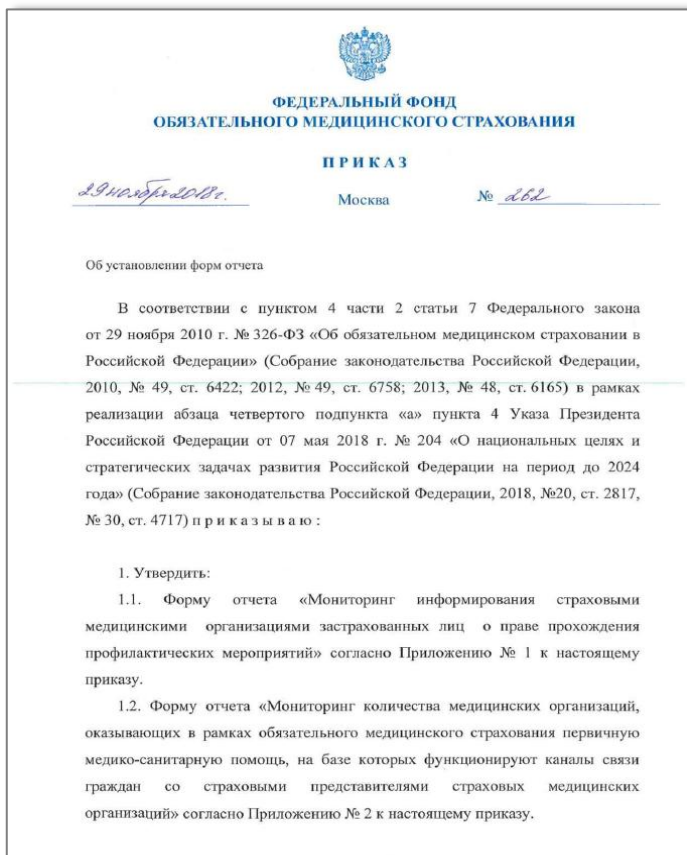
❑ Проведение диспансерного наблюдения застрахованных лиц **измеряется в посещениях**.

❑ Средний норматив объема для проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, **включает законченные случаи диспансеризации и посещения** (разовые) с целью профилактических медицинских осмотров и диспансерного наблюдения. При этом в размере установленного Программой норматива **диспансеризация** составляет в среднем по Российской Федерации **17,6%**.

❑ Для обоснования количества лиц, подлежащих профилактическим медицинским осмотрам и диспансерному наблюдению, учитываются порядки их проведения, установленные нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации для взрослого и детского населения. В среднем по Российской Федерации **кратность посещений** (разовых) составляет **в законченном случае** профилактического медицинского осмотра **2,97**.

❑ Средний **норматив финансовых затрат** на посещение для проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, **является средневзвешенной величиной** и рассчитан исходя из **средней стоимости законченного случая диспансеризации и средней стоимости законченного случая профилактического медицинского осмотра** и диспансерного наблюдения для взрослого и детского населения в соответствии с порядками их проведения.

Мониторинги Федерального фонда ОМС в рамках Федерального проекта «Развитие первичной медико-санитарной помощи»



- ✓ Форма отчета «Мониторинг информирования страховыми медицинскими организациями застрахованных лиц о праве прохождения профилактических мероприятий»

Страховая медицинская организация

ежемесячно до 5 числа

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования

ежемесячно до 10 числа

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

- ✓ Форма отчета «Мониторинг количества медицинских организаций, оказывающих в рамках обязательного медицинского страхования первичную медико-санитарную помощь, на базе которых функционируют каналы связи граждан со страховыми представителями страховых медицинских организаций»

Страховая медицинская организация

ежемесячно до 5 числа

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования

ежемесячно до 10 числа

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

Особенности базовой программы обязательного медицинского страхования на 2019-2021 гг.



Установление норматива объема медицинской помощи по профилю «Онкология»

В круглосуточном стационаре (случаев госпитализации на 1 з. л.)			
2018	2019	2020	2021
-	0,0091 +12,4%	0,01023 +5,2%	0,01076

В дневном стационаре (случаев лечения на 1 з. л.)			
2018	2019	2020	2021
-	0,00631 +3,0%	0,0065 +2,8%	0,00668

Выделение дополнительных средств из федерального бюджета в размере **70 млрд. рублей** на медицинскую помощь по профилю «Онкология» в 2019 году

Норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по профилю «Онкология»

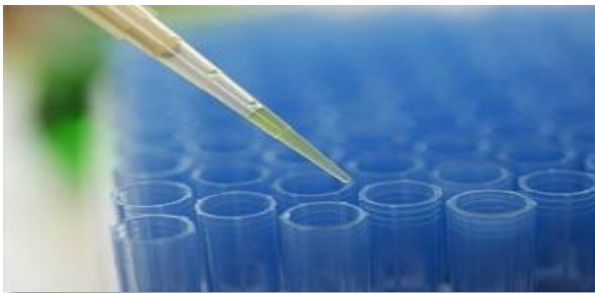
В круглосуточном стационаре (случаев госпитализации на 1 з. л.)			
2018	2019	2020	2021
-	76 708,5 +29,3%	99 208,9 +10,8%	109 891,2

В дневном стационаре (случаев лечения на 1 з. л.)			
2018	2019	2020	2021
-	70 586,6 +6,0%	74 796,0 +4,1%	77 835,0

Финансовое обеспечение медицинской помощи по профилю «Онкология», млрд. руб.

Период		Всего	в том числе	
			в стационарных условиях	в условиях дневного стационара
2018 год	2018 год (план 2017 г.)	164,4	108,1	39,4
	2018 г. (оценка)	138,6	95,1	28,1
	Исполнение по итогам 9 месяцев	85,5	59,1	17,7
	%	61,7%	62,2%	62,9%
2019 год		216,9	122,4	78,1
2020 год		279,8	176,1	86,3
2021 год		316,4	207,2	91,2

Особенности базовой программы обязательного медицинского страхования на 2019-2021 гг.



Экстракорпоральное оплодотворение

Установление норматива объема медицинской помощи по ЭКО:

на **2019 г.** – **0,000478** случая на 1 застрахованное лицо

на **2020 г.** – **0,000492** случая на 1 застрахованное лицо

на **2021 г.** – **0,000506** случая на 1 застрахованное лицо



Медицинская помощь по профилю «Онкология»

Установление норматива объема медицинской помощи по профилю «Онкология» в стационарных условиях:

на **2019 г.** – **0,0091** случая госпитализации на 1 застрахованное лицо

на **2020 г.** – **0,01023** случая госпитализации на 1 застрахованное лицо

на **2021 г.** – **0,01076** случая госпитализации на 1 застрахованное лицо

И в условиях дневного стационара:

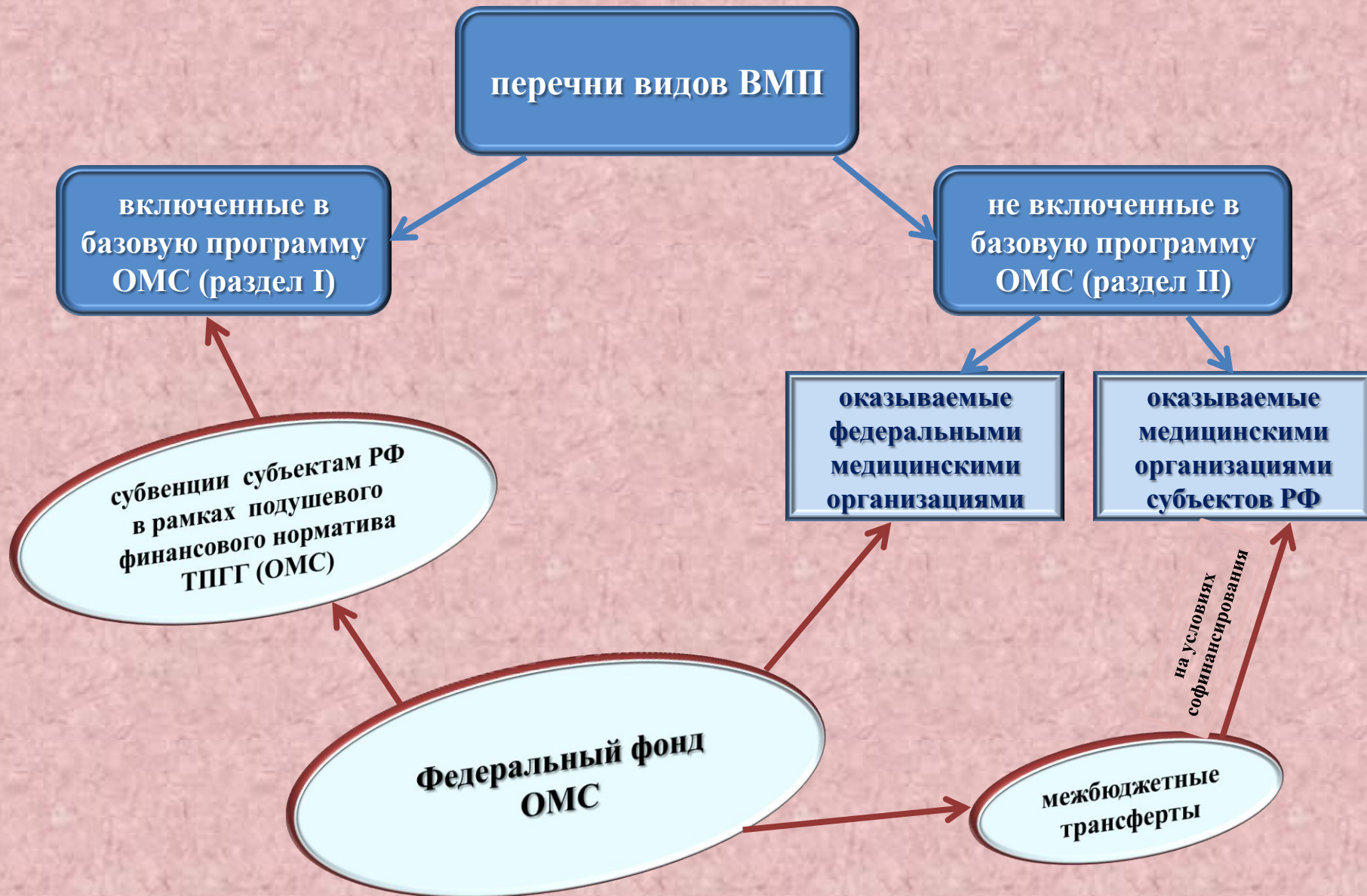
на **2019 г.** – **0,00631** случая лечения на 1 застрахованное лицо

на **2020 г.** – **0,0065** случая лечения на 1 застрахованное лицо

на **2021 г.** – **0,00668** случая лечения на 1 застрахованное лицо



Высокотехнологичная медицинская помощь



**Базовая программа обязательного
медицинского страхования**

**территориальные программы
государственных гарантий**

**включение видов и объемов
медицинской помощи сверх
базовой программы ОМС
(медицинская помощь при
социально-значимых
заболеваниях)**

**включение в тариф ОМС
расходов, сверх базовой
программы ОМС
(инвестиционная
составляющая,
транспортные услуги и
иные услуги)**

**обязательное условие расширения
базовой программы ОМС**

**передача межбюджетных трансфертов из бюджетов субъектов в
территориальные фонды ОМС (полным рублем)**

Эффективные способы оплаты медицинской помощи, ориентированные на результаты 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