

## **Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи при поэтапном переходе на одноканальное финансирование**

### **I. Общие положения**

Настоящие Методические рекомендации разработаны в соответствии с нормативной правовой базой в сфере здравоохранения и предназначены для практического использования в деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования (далее – ТФОМС) и страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование (далее - СМО), при оплате медицинской помощи, оказываемой медицинскими учреждениями, работающими в системе обязательного медицинского страхования, при поэтапном переходе на одноканальное финансирование.

Органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации и ТФОМС в зависимости от финансового обеспечения принимают решение о поэтапном переходе на одноканальное финансирование и оплату медицинской помощи по полному тарифу, разрабатывают и утверждают нормативные документы по его реализации в субъекте Российской Федерации.

В рамках поэтапного перехода на одноканальное финансирование наибольшее значение приобретают следующие способы оплаты:

- первичной медико-санитарной помощи, предоставляемой гражданам в амбулаторно-поликлинических учреждениях по подушевому нормативу на одного прикрепленного к медицинскому учреждению застрахованного по ОМС гражданина;
- стационарной помощи - за законченный случай госпитализации в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи.

### **II. Основные понятия и термины**

Основные понятия и термины, используемые в Методических рекомендациях:

*медицинские учреждения (МУ)* – лечебно-профилактические учреждения в соответствии с Единой номенклатурой государственных и муниципальных учреждений здравоохранения<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 7 октября 2005 г. № 627 «Об утверждении Единой номенклатурой государственных и муниципальных учреждений здравоохранения» (в редакции приказа Минздравсоцразвития России от 19 ноября 2008 г. № 653н), зарегистрированным в Минюсте России 12 октября 2005 г. № 7070.

*первичная медико-санитарная помощь, в том числе неотложная, медицинская (ПМСП)* - включает в себя лечение наиболее распространенных болезней, травм, отравлений и других состояний, требующих неотложной медицинской помощи, медицинскую профилактику заболеваний, осуществление мероприятий по проведению профилактических прививок, профилактических осмотров, диспансерного наблюдения здоровых детей, лиц с хроническими заболеваниями, по предупреждению аборт, санитарно-гигиеническое просвещение граждан, а также проведение других мероприятий, связанных с оказанием первичной медико-санитарной помощи гражданам;

*первичная медико-санитарная помощь, предоставляемая гражданам в амбулаторно-поликлинических учреждениях (звено –ПМСП)-* медицинская помощь, предоставляемая врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами специалистами, а также соответствующим средним медицинским персоналом ;

*звено узких специалистов амбулаторного профиля (внутреннее и (или) внешнее звено УС)* - группа специалистов собственного или стороннего МУ, или самостоятельного консультативного центра, оказывающая медицинскую помощь (отдельные лечебно-консультативные услуги) по направлению звена ПМСП или без направления звена ПМСП для пациентов, состоящих на диспансерном учете у внутреннего звена узких специалистов;

*параклиническая служба (ПС)* - подразделения медицинских организаций, осуществляющие инструментальные и лабораторные диагностические услуги по видам диагностики по направлению звена ПМСП или по направлению внутреннего звена узких специалистов при наличии у последних первичного направления звена ПМСП в отношении того же прикрепленного пациента;

*подушевой норматив финансирования звена ПМСП* - ежемесячный объем финансирования звена ПМСП на одного застрахованного по ОМС и прикрепленного к медицинскому учреждению гражданина;

*фондодержание* - способ подушевого финансирования звена ПМСП, при котором подушевой норматив включает дополнительные средства, превышающие расходы на собственную деятельность, за счет которых звено ПМСП производит взаиморасчеты за оказанные прикрепленным гражданам медицинские услуги по утвержденным тарифам;

*частичное фондодержание* - способ подушевого финансирования звена ПМСП, при котором подушевой норматив включает финансовые средства, обеспечивающие собственную деятельность звена ПМСП, оплату консультативной и лечебно-диагностической деятельности внешних и внутренних звеньев УС и ПС;

*полное фондодержание* - способ подушевого финансирования звена ПМСП, при котором подушевой норматив включает финансовые средства, обеспечивающие собственную деятельность звена ПМСП, оплату консультативной и лечебно-диагностической деятельности внешних и

внутренних звеньев УС и ПС, а также дополнительные финансовые средства для возмещения расходов на плановую стационарную и стационаророзамещающую помощь, оказанную гражданам, прикрепленным к звену ПМСП;

*стандарт стационарной медицинской помощи* – формализованный документ системы стандартизации в здравоохранении, определяющий требования к оказанию медицинской помощи на госпитальном этапе больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации;

*модель пациента* - сконструированное описание объекта (заболевание, синдром, клиническая ситуация), регламентирующее совокупность клинических или ситуационных характеристик, выполненное на основе оптимизации выбора переменных (осложнение, фаза, стадия заболевания) с учетом наибольшего их влияния на исход и значимых причинно-следственных связей, определяющее возможность и необходимость описания технологии оказания медицинской помощи;

*нозологическая форма* - совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание (отравление, травму, физиологическое состояние) и отнести его к группе состояний с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению и коррекции состояния;

*медицинская услуга* - мероприятие или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость;

*простая медицинская услуга* - неделимая услуга во времени, выполняемая по формуле: «пациент» + «специалист» = «один элемент профилактики, диагностики или лечения»;

*сложная медицинская услуга* - набор простых медицинских услуг, который требует для своей реализации определенного состава персонала, комплексного технического оснащения, специальных помещений и т.д., отвечающий формуле: «пациент» + «комплекс простых услуг» = «этап профилактики, диагностики или лечения»;

*комплексная медицинская услуга* – набор сложных и (или) простых медицинских услуг, заканчивающихся либо проведением профилактики, либо установлением диагноза, либо окончанием проведения определенного этапа лечения по формуле: «пациент» + «простые + сложные услуги» = «проведение профилактики, установление диагноза или окончание проведения определенного этапа лечения»;

*посещение* - медицинская услуга, включающая в себя врачебный осмотр, врачебные и сестринские манипуляции, услуги процедурного, перевязочного кабинетов, параклинических отделений (кабинетов);

*койко-день* - медицинская услуга, включающая в себя врачебные осмотры, врачебные и сестринские манипуляции (в том числе оперативные

вмешательства), услуги процедурного, перевязочного кабинетов, параклинических служб в условиях медицинского стационара;

*лекарственное средство* – вещество, применяемое для профилактики, диагностики, лечения болезни, полученные из крови, плазмы, а также органов, тканей человека или животного, растений, минералов, методами синтеза или с применением биологических технологий.

### **III. Способы оплаты первичной медико-санитарной помощи, предоставляемой гражданам в амбулаторно-поликлинических учреждениях**

#### **1. Оплата первичной медико-санитарной помощи, предоставляемой гражданам в амбулаторно-поликлинических учреждениях, за посещение по тарифам**

Расчет стоимости законченного случая лечения с учетом усреднения лечебно-диагностических услуг осуществляется путем формирования затрат на 1 посещение.

Величина тарифа на оказание медицинской помощи в звене ПМСП в расчете на 1 посещение определяется по формуле:

$$T_{1п} = \frac{\Phiз + Мед + Мин + Нрас + Вусл}{Чпос}, \text{ где}$$

$T_{1п}$  – тариф 1 посещения (руб.);

$\Phiз$  – годовой фонд оплаты труда с начислениями (основная и дополнительная) медицинского персонала МУ, отделения;

$Мед$  – расходы на медикаменты и перевязочные средства МУ в расчете на годовое плановое число посещений;

$Мин$  – расходы на мягкий инвентарь в расчете на численность медицинского персонала;

$Нрас$  – накладные расходы, относящиеся на затраты МУ;

$Вусл$  – расходы на услуги лечебно-диагностических служб, включенные в посещение;

$Чпос$  – плановое число посещений на год.

Расчет тарифов одного посещения в звене ПМСП производится дифференцировано по специальностям.

## **2. Оплата первичной медико-санитарной помощи, предоставляемой гражданам в амбулаторно-поликлинических учреждениях, по подушевому нормативу на одного прикрепленного к медицинскому учреждению застрахованного по ОМС гражданина**

Оплата первичной медико-санитарной помощи, предоставляемой гражданам в амбулаторно-поликлинических учреждениях, по подушевому нормативу на одного прикрепленного к медицинскому учреждению застрахованного по ОМС гражданина (далее – подушевое финансирование) имеет следующие преимущества:

1. Возможность прогнозирования общего объема финансирования медицинской помощи;

2. Рациональное использование и контроль за целевым расходованием ресурсов:

- ограничение общих расходов на медицинскую помощь;

- контроль за общими расходами вне системы ПМСП;

3. Формирование экономической заинтересованности медицинских работников путем косвенного влияния на доход (через организацию оптимальной системы оплаты труда).

При осуществлении подушевого финансирования требуется разработка системы расчетов учреждений ПМСП и отработка механизмов, препятствующих необоснованному сокращению объема медицинских услуг, оказываемых пациентам. Кроме того следует обеспечить:

- свободный выбор пациентам звена ПМСП для прикрепления;

- контроль качества медицинской помощи.

СМО финансируют МУ по подушевому нормативу, реализуя принцип предварительной оплаты расходов МУ за оказанную медицинскую помощь.

Принцип предварительной оплаты основан на планировании объемов медицинской помощи в звене ПМСП, которое осуществляется с учетом анализа потребностей застрахованных по ОМС граждан и установления наиболее рационального «маршрута» пациента.

Учреждение, оказывающее ПМСП, за счет полученных средств оплачивает собственные расходы, услуги специализированной амбулаторной помощи внутри учреждения и вне его (в том числе скорую медицинскую помощь), дополнительно стимулируя проведение ряда профилактических мероприятий, визиты к пожилым пациентам.

Взаиморасчеты между СМО и МУ ведутся в режиме «аванс-отчет». Предварительное финансирование МУ производится по договору в соответствии с численностью прикрепленных граждан. После представления МУ реестров счетов за оказанные медицинские услуги СМО осуществляет расчеты и определяет остаток средств подушевого финансирования, причитающийся МУ-фондодержателю (например, для расчетов с больничными учреждениями при направлении на госпитализацию).

Расчет финансирования МУ по подушевому нормативу осуществляется по формуле:

$$СФ = N \times Ч_{от} - S_{кду}, \text{ где}$$

СФ – сумма счета на оплату медицинской помощи в звене ПМСП за отчетный месяц, предъявляемого МУ-фондодержателем в СМО;

N – рассчитанный территориальным фондом ОМС дифференцированный подушевой норматив финансирования на одного прикрепленного к МУ застрахованного по ОМС гражданина;

Ч<sub>от</sub> – численность прикрепленных граждан к МУ, застрахованных по ОМС соответствующей СМО в отчетном месяце;

S<sub>кду</sub> – сумма, принятая СМО к оплате за услуги сторонних учреждений (межучережденческие расчеты).

Введение оплаты по подушевому нормативу с частичным или полным фондодержанием предполагает наличие:

1. Персонифицированного учета прикрепленных к МУ граждан (базы данных потребителей услуг – пациентов);
2. Персонифицированного учета медицинских работников (базы данных производителей медицинских услуг – персонала МУ);
3. Персонифицированного учета объемов оказанной медицинской помощи конкретному пациенту в системе ОМС на основе сформированного Реестра медицинских услуг с их стоимостью.

При переводе МУ на подушевое финансирование необходимо решить следующие вопросы нормативно-правового регулирования:

1. Утвердить порядок финансирования МУ–фондодержателей, оказывающих медицинскую помощь в звене ПМСП ;
2. Утвердить регистр прикрепленного населения;
3. Утвердить перечень МУ, финансируемых по подушевому нормативу на прикрепленных граждан;
4. Утвердить порядок взаиморасчетов между МУ-фондодержателем и прочими МУ, а также внутри МУ, включая:
  - порядок формирования счетов за оказанную медицинскую помощь (услугу);
  - порядок проведения экспертизы качества оказания медицинской помощи;
  - порядок формирования тарифа для взаиморасчетов.

Расчет дифференцированных подушевых нормативов производится на основании корректировки среднедушевого норматива финансирования звена ПМСП с учетом коэффициента территориальной дифференциации j-го муниципального района (городского округа) (Кjт).

Коэффициенты территориальной дифференциации муниципальных районов (городских округов) обеспечивают дифференциацию среднедушевого норматива финансирования в зависимости от месторасположения МУ на территории субъекта Российской Федерации и связанной с этим территориальной дифференциацией расходов на оказание медицинской помощи.

Расчет коэффициентов территориальной дифференциации муниципальных районов (городских округов) ( $K_{jt}$ ) производится по формуле:

$$K_{jt} = \frac{K_{jдр}}{K_{др}}, \text{ где}$$

$K_{jдр}$  - коэффициент территориальной дифференциации расходов  $j$ -го муниципального района (городского округа);

$K_{др}$  - единый коэффициент дифференциации расходов, определяемый как средневзвешенное значение коэффициентов территориальной дифференциации расходов по муниципальным районам (городским округам) с учетом численности застрахованного прикрепленного населения.

Размер коэффициента территориальной дифференциации расходов ( $K_{jдр}$ ) определяется для каждого муниципального района (городского округа) области в виде суммы коэффициентов территориальной дифференциации по видам расходов, входящих в структуру тарифов на оплату медицинской помощи в системе ОМС, по формуле:

$$K_{jдр} = K_{jзп} + K_{jmпи} + K_{jком} + K_{jхоз}, \text{ где}$$

$K_{jзп}$  - коэффициент территориальной дифференциации расходов на оплату труда МУ  $j$ -го муниципального района (городского округа) субъекта Российской Федерации;

$K_{jmпи}$  - коэффициент территориальной дифференциации расходов на медикаменты и перевязочные средства, мягкий инвентарь МУ  $j$ -го муниципального района (городского округа);

$K_{jком}$  - коэффициент территориальной дифференциации расходов на коммунальные услуги МУ  $j$ -го муниципального района (городского округа);

$K_{jхоз}$  - коэффициент территориальной дифференциации расходов на прочие расходы, на текущее содержание МУ  $j$ -го муниципального района (городского округа).

Коэффициенты территориальной дифференциации по видам расходов определяются по следующим формулам:

$$K_{jзп} = D_{зп} \times K_{jдрзп}, \text{ где}$$

$D_{зп}$  - расчетная доля расходов на оплату труда в базовой стоимости единицы объема медицинской помощи в звене ПМСП в расчете стоимости медицинских услуг по территориальной программе ОМС на очередной финансовый год (далее - базовая стоимость единицы объема медицинской помощи в звене ПМСП);

$K_{дрзп}$  - коэффициент дифференциации заработной платы в  $j$ -м муниципальном районе (городском округе) области, учитывающий районные коэффициенты к заработной плате, установленные решениями федеральными органами государственной власти за работу в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, высокогорных, пустынных, безводных и других районах (местностях) с тяжелыми климатическими условиями, территориальные надбавки к заработной плате, установленные федеральными и территориальными нормативными правовыми актами, и иные доплаты. Размеры коэффициентов дифференциации заработной платы по соответствующим муниципальным районам (городским округам) субъекта Российской Федерации определяются ТФОМС на очередной финансовый год по данным финансового органа исполнительно власти субъекта Российской Федерации.

$$K_{jмпм} = D_{мпм} \times K_{дрмпм}, \text{ где}$$

$D_{мпм}$  - расчетная доля расходов на медикаменты и перевязочные средства, мягкий инвентарь в базовой стоимости единицы объема медицинской помощи в звене ПМСП;

$K_{дрмри}$  - коэффициент дифференциации расходов на медикаменты и перевязочные средства, мягкий инвентарь звена ПМСП  $j$ -го муниципального района (городского округа) субъекта Российской Федерации, учитывающий удорожание расходов на медикаменты и перевязочные средства в северных (иных) районах, в размере, устанавливаемом решением территориальной комиссии по согласованию тарифов в системе ОМС.

$$K_{jком} = D_{ком} \times K_{дрком}, \text{ где}$$

$D_{ком}$  - расчетная доля расходов на коммунальные услуги в базовой стоимости единицы объема медицинской помощи в звене ПМСП;

$K_{дрком}$  - коэффициент удорожания стоимости коммунальных услуг  $j$ -го муниципального района (городского округа) субъекта Российской Федерации. Размеры коэффициентов удорожания стоимости коммунальных услуг по соответствующим муниципальным районам (городским округам) определяются ТФОМС на очередной финансовый год по данным территориального органа Министерства финансов Российской Федерации.



$$K_{j\text{хоз}} = D_{\text{хоз}} \times K_{j\text{дрхоз}}, \text{ где}$$

$D_{\text{хоз}}$  - расчетная доля расходов на прочие расходы на текущее содержание в базовой стоимости единицы объема медицинской помощи в звене ПМСП;

$K_{j\text{дрхоз}}$  - коэффициент дифференциации прочих расходов на текущее содержание звена ПМСП  $j$ -го муниципального района (городского округа) в размере, устанавливаемом решением территориальной комиссии по согласованию тарифов в системе ОМС.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования МУ на объем собственной деятельности ( $ДПН_i$ ) рассчитывается по формуле:

$$ДПН_i = ПН_{\text{ср}} \times K_{j\text{т}} \times K_{\text{инп}}$$

На основании дифференцированного подушевого норматива финансирования МУ на объем собственной деятельности формируется дифференцированный подушевой норматив с фондодержанием.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования МУ с частичным фондодержанием ( $ДПН_{i\text{чф}}$ ) рассчитывается по следующей формуле:

$$ДПН_{i\text{чф}} = ДПН_i + ПН_{i\text{ус}} + ПН_{i\text{пс}}, \text{ где}$$

$ДПН_i$  - дифференцированный подушевой норматив финансирования  $i$ -го МУ на объем собственной деятельности;

$ПН_{i\text{ус}}$  - дополнительный подушевой норматив финансирования  $i$ -го МУ на объем деятельности звена УС;

$ПН_{i\text{пс}}$  - дополнительный подушевой норматив финансирования  $i$ -го МУ на объем деятельности звена ПС.

#### **IV. Оплата стационарной помощи**

##### **1. Оплата стационарной помощи в соответствии с затратами на койко-день по тарифам**

Расчет стоимости законченного случая лечения с учетом усреднения лечебно-диагностических услуг осуществляется путем формирования затрат на 1 койко-день.

Величина тарифа на оказание стационарной помощи в расчете на 1 койко-день круглосуточного стационара рассчитывается по формуле:

$$T_{1\text{к/д}} = \frac{\Phi\text{з} + \text{Мед} + \text{Пит} + \text{Мин} + \text{Нрас} + \text{Вусл}}{Ч_{\text{к/д}}}$$

$T_{1\text{к/д}}$  – тариф 1 койко-дня (руб.);

$\Phi\text{з}$  – годовой фонд оплаты труда с начислениями медицинского персонала соответствующего профильного лечебного отделения.

Для определения расходов на оплату труда рассчитывается отдельно основная и дополнительная оплата труда. В состав дополнительной оплаты труда входят доплаты компенсационного характера: за работу в ночное время; за работу в праздничные и выходные дни; доплаты на замену уходящим в отпуск по спискам, утвержденным главным врачом МУ.

$\text{Мед}$  – расходы на медикаменты и перевязочные средства профильного отделения в расчете на годовой план койко-дней;

$\text{Пит}$  – расходы на продукты питания;

$\text{Мин}$  – расходы на мягкий инвентарь и обмундирование в расчете на число коек и численность медицинского персонала;

$\text{Нрас}$  – накладные расходы, относящиеся на затраты профильного отделения

Накладные расходы рассчитываются:

$$N_{\text{рас}} = \Phi\text{з} \times K_{\text{нрас}}, \text{ где}$$

$\Phi\text{з}$  – годовой фонд оплаты труда с начислениями медицинского персонала соответствующего профильного лечебного отделения,

$K_{\text{нрас}}$  – коэффициент накладных расходов, определяемый как отношение суммы накладных расходов и фонда оплаты труда с начислениями лечебного отделения (за минусом фонда оплаты труда с начислениями административно-хозяйственного персонала).

$Ч_{\text{к/д}}$  – плановое годовое число койко-дней профильного отделения. Рассчитывается согласно коечной мощности профильного отделения и нормативного числа дней использования койки в году.

$\text{Вусл}$  – расходы на услуги лечебно-диагностических служб, включенные в койко-день профильного отделения, рассчитываются путем пропорционального распределения расходов лечебно-диагностических служб между основными подразделениями учреждения здравоохранения в соответствии с объемами выполненных работ.

Общая величина расходов вспомогательных служб определяется по формуле:

$$Z_{\text{всп}} = \Phi\text{з} + \text{Мед} + \text{Мин} + \text{Нрас}, \text{ где}$$

$Z_{\text{всп}}$  – величина расходов вспомогательных служб на год;

$\Phi\text{з}$  – годовой фонд оплаты труда с начислениями медицинского персонала лечебно-диагностических служб учреждения здравоохранения;

$\text{Мед}$  – расходы на медикаменты и перевязочные средства лечебно-диагностических служб в расчете на год;

Мин – расходы на мягкий инвентарь и обмундирование вспомогательных отделений в расчете на год;

Нрас – накладные расходы, относящиеся на затраты лечебно-диагностических отделений, в части оплаты труда административно-хозяйственного персонала с начислениями.

Формирование стоимости законченного случая лечения по нозологии в профильном отделении стационара определяется по формуле:

$$T_{зс} = T_{пк/д} \times Дн, \text{ где}$$

$T_{зс}$  – тариф на законченный случай лечения в профильном отделении стационара с учетом усредненной параклиники;

$T_{пк/д}$  – тариф одного койко-дня профильного отделения стационара соответствующего уровня;

$Дн$  – нормативная длительность лечения нозологии по модели лечения в профильном отделении стационара медицинского учреждения.

## **2. Оплата стационарной помощи за законченный случай госпитализации в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи**

Оплата стационарной помощи за законченный случай госпитализации в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи является наиболее оптимальным способом при переходе на одноканальное финансирование, способствующим:

- заинтересованности МУ в оказании оптимального объема медицинской помощи и обеспечении ее качества в части сокращения сроков лечения;

- формированию экономического интереса медицинских работников вследствие прямой зависимости дохода от объема деятельности.

К полномочиям федеральных органов государственной власти в области охраны здоровья граждан относится установление стандартов медицинской помощи, стандартов оснащения организаций здравоохранения медицинским оборудованием и других федеральных стандартов в сфере здравоохранения.

Органы государственной власти субъекта Российской Федерации имеют право установления региональных стандартов медицинской помощи на уровне не ниже федеральных стандартов медицинской помощи, установленных федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, и осуществлять контроль за их соблюдением<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> В соответствии со статьей 6 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 (в редакции Федерального закона от 30 декабря 2008 г. № 309-ФЗ).

При оплате стационарной помощи за законченный случай госпитализации в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи необходимо проанализировать и предусмотреть:

- возможность организации системы контроля за деятельностью медицинских учреждений и расходованием ресурсов по уровням управления (ТФОМС, его филиалы, орган управления здравоохранением, СМО, МУ);

- информационное обеспечение (по существующим показателям статистической и финансовой отчетности; необходимость введения дополнительных форм учета и отчетности; создание развитой компьютерной сети).

Методические основы построения стандартов включают:

1. Единство и полноту отражения диагностического, лечебного и реабилитационного процесса с учетом нозологической направленности действия;

2. Использование современных и наиболее надежных технологий диагностики, лечения, реабилитации, предопределяющих лучший конечный результат или более эффективную степень его выраженности;

3. Возможность осуществления оценки конечного продукта (результата) путем определения соответствия или степени отклонения от предлагаемого эталона диагностического и лечебного процесса;

4. Создание условий для максимального использования имеющихся ресурсов, равного доступа к медицинскому обслуживанию с закреплением прав пациента на необходимый объем диагностических, лечебно-реабилитационных услуг, получения равного качества оказываемой медицинской помощи.

Для формирования стандартов и расчета их стоимости используются следующие классификаторы, представленные в таблице 1.

## Классификаторы, используемые для расчета стоимости стандартов

Классификаторы	Источник
стандарты медицинской помощи	Приказ Минздравмедпрома России от 8 апреля 1996 г. № 134 «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи», от 10 апреля 2001 г. № 113 «О введении в действие отраслевого классификатора «Простые медицинские услуги», от 1 ноября 2001 г. № 388 «О государственных стандартах качества лекарственных средств» и др.
возрастные категории пациента	Дети до 18 лет, взрослые.
фазы течения заболевания	Национальный стандарт Российской Федерации «Протоколы ведения больных», утвержденный приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 5 декабря 2006 г. № 288-ст
осложнения заболевания	Национальный стандарт Российской Федерации «Протоколы ведения больных», утвержденный приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 5 декабря 2006 г. № 288-ст
условия оказания медицинской помощи	Приказ Минздравсоцразвития России от 13 октября 2005 г. № 633 «Об организации медицинской помощи»
изделия медицинского назначения	Государственный реестр медицинских изделий
виды консервированной крови и ее компонентов	Приказ Минздравсоцразвития России от 31 января 2002 г. № 25 «О введении в действие отраслевого классификатора «Консервированная кровь человека и ее компоненты»
питательные смеси	Приказ Минздравсоцразвития России от 5 августа 2003 г. № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации»
лекарственные средства	Регистр лекарственных средств
единицы измерения дозировки	Справочник лекарственных средств

Стандарт состоит из 6 основных частей:

- определение понятия представляемой нозологии (либо синдрома, либо клинической ситуации). Если для полного раскрытия данной нозологической формы, синдрома требуется несколько стандартов стационарной медицинской помощи, необходимо детальное объяснение;
- перечень нормативно-правовых документов, используемых при

подготовке стандарта;

- описание модели пациента (таблица 2);
- диагностика, включающая перечень простых и сложных медицинских услуг для диагностики заболевания, частоту представления и среднее количество (таблица 3).;
- лечение с указанием нормативных сроков пребывания пациента в стационаре в днях, перечня простых и сложных медицинских услуг для лечения заболевания, частоту представления и среднее количество (таблица 3);
- необходимые требования к форме фармакотерапии (таблица 4).

Таблица 2

### Нозологическая (синдромальная) модель больного

Раздел	Наименование
01 Нозологическая форма (Синдром)	
02 Код по МКБ-10	
03 Фаза	
04 Стадия	
05 Осложнения*	
06 Категория возрастная	
07 Условия оказания	
Дополнительные критерии и признаки, определяющие модель пациента (пол, беременность и др.)	

\* согласно Классификатору осложнений.

Таблица 3

### Форма перечня медицинских услуг

Код услуги	Наименование медицинской услуги	Частота предоставления	Среднее количество

Для каждой услуги должны быть обозначены:

- код услуги и наименование услуги из классификатора «Номенклатура работ и услуг в здравоохранении»;
- частота предоставления – доля нуждающихся от числа зарегистрированных больных;
- среднее количество предоставления за время лечения одному пациенту.

Перечень медицинских услуг (из таблицы 3) – набор работ и услуг, оказываемых пациенту в зависимости от особенностей течения заболевания.

Частота представления измеряется в долях единицы (1 – услуга, предоставляемая каждому пациенту).

Выполнение перечня медицинских услуг блоков «диагностика» и «лечение» стандарта медицинской помощи рассматривается как один из ключевых индикаторов качества медицинской помощи, позволяющий говорить о законченности диагностического и лечебного процессов по отношению к конкретному пациенту.

Таблица 4

Форма для оформления требований к фармакотерапии

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа	МНН	Частота назначения	Лекарственная форма	Разовая доза	Единица измерения дозы	Отношение дозы к весу или возрасту	Путь введения	Кратность	Ориентировочная дневная доза (ОДД)	Курс	Эквивалентная курсовая доза (ЭКК)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Для заполнения раздела используется «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств» как федерального, так и регионального уровня, классификаторы.

**Алгоритм расчета стоимости законченного случая госпитализации в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи.**

$$C_{зс} = CД + CЛ + CФ, \text{ где}$$

$C_{зс}$  – стоимость законченного случая госпитализации в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи;

$CД$  - затраты в стоимостном выражении на осуществление диагностики (диагностика – оказание медицинских услуг в отделениях параклиники стационара);

$CЛ$  - затраты в стоимостном выражении на осуществление лечения (лечение – оказание медицинских услуг на профильной койке стационара);

$CФ$  - затраты в стоимостном выражении на осуществление фармакотерапии;

$$CД = ЗДу \times НД \times Чп, \text{ где}$$

$ЗДу$  - затраты в стоимостном выражении на одну простую медицинскую услугу при осуществлении диагностики в параклинических

отделениях стационара;

**НД** - среднее количество услуг при осуществлении диагностики;

**Чп** – частота представления;

$$СЛ = З_{к/д} \times Дн + ЗЛу \times НЛ \times Чп, \text{ где}$$

**З<sub>к/д</sub>** – затраты в стоимостном выражении на одну койку в день при осуществлении лечения;

**Дн** – количество дней лечения;

**ЗЛу** - затраты в стоимостном выражении на одну простую медицинскую услугу при осуществлении лечения на профильной койке стационара;

**НЛ** - количество услуг при осуществлении лечения;

**Чп** - частота представления;

$$СФ = С_{рд} \times N_{день} \times N_{курс} \times Чн, \text{ где}$$

**СФ** - затраты в стоимостном выражении на осуществление фармакотерапии, использование крови и ее компонентов, питательных смесей;

**С<sub>рд</sub>** – стоимость разовой дозы лекарственного средства;

**N<sub>день</sub>** – количество доз в день;

**N<sub>курс</sub>** – количество дней приема;

**Чн** – частота назначения.