**Нормативы объема медицинской помощи**

Дифференцированные нормативы объема медицинской помощи и нормативы объема медицинской помощи по ее видам и условиям в целом по Программе определяются в единицах объема в расчете на 1 жителя в год, по базовой программе обязательного медицинского страхования - в расчете на 1 застрахованное лицо. Нормативы объема медицинской помощи составляют:

для скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию, на 2015 - 2017 годы - в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования 0,318 вызова на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической целью и иными целями (включая посещение центров здоровья, посещение в связи с диспансеризацией, посещение среднего медицинского персонала), на 2015 год - 2,6336 посещения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 2,35 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2016 год - 2,98 посещения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 2,38 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2017 год - 2,98 посещения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 2,38 посещения на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями, на 2015 год - 2,1506 обращения (законченного случая лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее 2) на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 1,95 обращения на 1 застрахованное лицо, на 2016 год - 2,18 обращения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 1,98 обращения на 1 застрахованное лицо, на 2017 год - 2,18 обращения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 1,98 обращения на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2015 год - 0,60 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2016 год - 0,60 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2017 год - 0,6 посещения на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в условиях дневных стационаров на 2015 год - 0,7112 пациенто-дня на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 0,59 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо, на 2016 год - 0,735 пациенто-дня на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 0,61 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо, на 2017 год - 0,735 пациенто-дня на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 0,61 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в стационарных условиях на 2015 год - 0,1936 случая госпитализации (законченного случая лечения в стационарных условиях) на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 0,172 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, на 2016 год - 0,193 случая госпитализации на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 0,172 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, на 2017 год - 0,193 случая госпитализации на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 0,172 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю "Медицинская реабилитация", и реабилитационных отделениях медицинских организаций в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2015 год - 0,033 койко-дня на 1 застрахованное лицо, на 2016 год - 0,039 койко-дня на 1 застрахованное лицо, на 2017 год - 0,039 койко-дня на 1 застрахованное лицо;

для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях на 2015 год - 0,0044 койко-дня на 1 жителя, на 2016 год - 0,115 койко-дня на 1 жителя, на 2017 год - 0,115 койко-дня на 1 жителя.

Объем медицинской помощи, оказываемой не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию гражданам в экстренной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования, включается в нормативы объема амбулаторной и стационарной медицинской помощи и обеспечивается за счет средств областного бюджета Новосибирской области.

 **Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской**

**помощи, подушевые нормативы финансирования, способы**

**оплаты медицинской помощи и структура тарифов**

**на оплату медицинской помощи**

Стоимость Программы рассчитана на основе нормативов объемов медицинской помощи на одного человека, определенных с учетом обеспечения потребности граждан в медицинской помощи на территории Новосибирской области, и территориальных нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, обеспечивающих качественное ее оказание.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Программой, рассчитаны исходя из расходов на ее оказание и на 2015 год составляют:

на 1 вызов скорой медицинской помощи - за счет средств обязательного медицинского страхования - 1829,37 рубля, из них в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 1765,64 рубля;

на 1 посещение с профилактической и иными целями при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств областного бюджета Новосибирской области - 538,68 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования - 391,55 рубля;

на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств областного бюджета Новосибирской области - 1508,31 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования - 1141,4 рубля;

на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования - 501,43 рубля;

на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров за счет средств областного бюджета Новосибирской области - 881,39 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования - 1461,22 рубля;

на 1 случай применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) за счет средств обязательного медицинского страхования - 114460,37 рубля;

на 1 случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств областного бюджета Новосибирской области - 77793,89 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования - 25049,99 рубля;

на 1 койко-день по медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю "Медицинская реабилитация", и реабилитационных отделениях медицинских организаций за счет средств обязательного медицинского страхования - 1724,02 рубля;

на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая больницы сестринского ухода), за счет средств областного бюджета Новосибирской области - 2564,4 рубля.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Программой, на 2016 и 2017 годы составляют:

на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования 1895,6 рубля на 2016 год, 2057,57 рубля на 2017 год;

на 1 посещение с профилактической и иными целями при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств областного бюджета Новосибирской области - 561,84 рубля на 2016 год, 561,84 рубля на 2017 год, за счет средств обязательного медицинского страхования - 400,70 рубля на 2016 год, 447,60 рубля на 2017 год;

на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств областного бюджета Новосибирской области - 1573,08 рублей, за счет средств обязательного медицинского страхования - 1202,39 рубля на 2016 год, за счет средств областного бюджета Новосибирской области - 1573,08 рублей на 2017 год, за счет средств обязательного медицинского страхования - 1342,50 рубля на 2017 год;

на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования - 509,84 рубля на 2016 год, 569,2 рубля на 2017 год;

на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров за счет средств областного бюджета Новосибирской области - 920,16 рублей, за счет средств обязательного медицинского страхования - 1492,0 рубля на 2016 год, за счет средств областного бюджета Новосибирской области - 920,16 рублей на 2017 год, за счет средств обязательного медицинского страхования - 1666,0 рубля на 2017 год;

на 1 случай применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) за счет средств обязательного медицинского страхования - 141077,44 рубля на 2016 год, 141077,44 рубля на 2017 год;

на 1 случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств областного бюджета Новосибирской области - 99712,8 рубля на 2016 год, 99712,8 рубля на 2017 год, за счет средств обязательного медицинского страхования - 26551,55 рубля на 2016 год, 29639,20 рубля на 2017 год;

на 1 койко-день по медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю "Медицинская реабилитация", и реабилитационных отделениях медицинских организаций за счет средств обязательного медицинского страхования - 1818,21 рубля на 2016 год, 1818,21 рубля на 2017 год;

на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая больницы сестринского ухода), за счет средств областного бюджета Новосибирской области - 2674,68 рублей на 2016 год, 2674,68 рубля на 2017 год.

Подушевые нормативы финансового обеспечения, предусмотренные Программой, отражают размер бюджетных ассигнований и средств обязательного медицинского страхования, необходимых для компенсации затрат по предоставлению бесплатной медицинской помощи в расчете на 1 человека в год, за счет средств обязательного медицинского страхования - на 1 застрахованное лицо в год.

Подушевые нормативы финансирования, предусмотренные Программой (без учета расходов федерального бюджета), составляют:

в 2015 году - 11948,85 рубля, в 2016 году - 12144,08 рубля, в 2017 году - 13268,61 рубля, в том числе за счет средств территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2015 году - 9346,96 рубля, в 2016 году - 9873,63 рубля, в 2017 году - 10988,16 рубля.

Стоимость Программы по источникам ее финансового обеспечения и условиям ее предоставления, нормативы объема медицинской помощи и нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансового обеспечения представлены в [приложениях 4](#Par6688) и [5](#Par7143) к Программе.

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливаются Тарифным соглашением между министерством здравоохранения Новосибирской области, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Новосибирской области, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", профессиональными союзами медицинских работников или их объединений (ассоциаций), включенными в состав комиссии, созданной в Новосибирской области в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации, и формируются в соответствии с принятыми в территориальной программе обязательного медицинского страхования способами оплаты медицинской помощи.

Порядок формирования и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливается в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

При реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

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);

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);

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);

при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, - 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.

Порядок и размеры возмещения расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме, регулируются Тарифным соглашением в системе обязательного медицинского страхования Новосибирской области.