



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(МИНЗДРАВ РОССИИ)**

П Р И К А З

20 апреля 2018г.

Москва

№ 182

**Об утверждении методических рекомендаций о применении
нормативов и норм ресурсной обеспеченности населения
в сфере здравоохранения**

Приказываю:

Утвердить прилагаемые методические рекомендации о применении нормативов и норм ресурсной обеспеченности населения в сфере здравоохранения.

Министр

В.И. Скворцова

Минздрав РСО - Алания
Вход. № <u>339-а</u>
<u>7</u> <u>05</u> 200 <u>18</u>

Утверждены
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 10 апреля 2018 № 182

**Методические рекомендации
о применении нормативов и норм ресурсной обеспеченности населения
в сфере здравоохранения**

1. Настоящие методические рекомендации о применении нормативов и норм ресурсной обеспеченности населения в сфере здравоохранения (далее – методические рекомендации) разработаны в рамках исполнения распоряжения Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2017 г. № 2905-р и направлены на оказание методической помощи органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации при расчете нормативов и норм ресурсной обеспеченности населения в сфере здравоохранения и определении потребности в медицинских организациях, расположенных на территории субъекта Российской Федерации, с учетом сложившейся региональной инфраструктуры здравоохранения, уровня обеспеченности объектами здравоохранения, а также кадровой обеспеченности в целях обеспечения доступности медицинской помощи гражданам путем оптимального использования государственных ресурсов и размещения медицинских организаций на территории субъекта Российской Федерации.

2. Нормы ресурсной обеспеченности населения в сфере здравоохранения рекомендуется рассчитывать с учетом нормативов объемов медицинской помощи в расчете на одного жителя (одно застрахованное лицо), установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – территориальные нормативы объемов медицинской помощи), а также порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи.

3. Расчет нормативов и норм ресурсной обеспеченности населения в сфере здравоохранения (далее – нормативы и нормы) при определении потребности в медицинской помощи и медицинских организациях, расположенных на территории субъекта Российской Федерации, рекомендуется проводить в рамках разработки текущих и стратегических планов развития здравоохранения в субъектах Российской Федерации.

Субъекты Российской Федерации на основании методических рекомендаций самостоятельно могут определять возможности применения нормативов и норм в зависимости от:

особенностей половозрастного состава населения субъекта Российской Федерации;

уровня и структуры заболеваемости населения субъекта Российской Федерации;

уровня и структуры смертности населения субъекта Российской Федерации;

климатических и географических особенностей региона и транспортной доступности медицинских организаций;

сбалансированности объема медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

4. Для оценки использования имеющихся ресурсов здравоохранения и возможности применения нормативов и норм рекомендуется провести анализ следующих плановых и фактических показателей в динамике за прошедшие 3 – 5 лет:

объем первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в том числе в неотложной форме, и в условиях дневного стационара;

объем специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

объем скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;

объем паллиативной медицинской помощи;

обеспеченность койками дневных стационаров, больничными койкам^{1,2};

обеспеченность врачами и специалистами со средним профессиональным (медицинским) образованием^{3,4};

уровень и структура смертности и заболеваемости населения.

Кроме того, для оценки деятельности отдельных видов медицинских организаций рекомендуется проводить сравнение плановой и фактической численности обслуживаемого ими населения с учетом его плотности и территориальной доступности медицинской организации.

По результатам указанного анализа могут быть сформированы основные требования к планированию сети медицинских организаций с учетом требований к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения⁵ и номенклатуры медицинских организаций⁶.

¹ Для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, число коек определяется исходя из территориальных нормативов объемов медицинской помощи, с учетом уровня медицинской организации и профилей оказываемой медицинской помощи.

² Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 июня 2012 г., регистрационный № 24440) с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 декабря 2014 г. № 843н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 января 2016 г., регистрационный № 35536).

³ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 июня 2014 г. № 322 «О методике расчета потребности во врачебных кадрах».

⁴ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 февраля 2018 г. № 73 «О методике расчета потребности в специалистах со средним профессиональным (медицинским) образованием».

⁵ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 февраля 2016 г. № 132н «О требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 22 марта 2016 г., регистрационный № 41485).

⁶ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 августа 2013 г. № 529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 сентября 2013 г., регистрационный № 29950).

5. В целях соблюдения этапов оказания медицинской помощи, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи, планирования рационального размещения медицинских организаций в зависимости от административно-территориальной принадлежности и вида оказываемой медицинской помощи, а также определения нормативов объема медицинской помощи в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи медицинские организации (за исключением медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство-гинекология»)⁷ могут быть распределены по трем уровням:

первый уровень – медицинские организации, оказывающие населению муниципального образования, на территории которого расположены: первичную медико-санитарную помощь и (или) паллиативную медицинскую помощь и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь, и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь;

второй уровень – медицинские организации, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие преимущественно специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь населению нескольких муниципальных образований по широкому перечню профилей медицинской помощи, и (или) диспансеры (противотуберкулезные, психоневрологические, наркологические и иные);

третий уровень – медицинские организации, имеющие в своей структуре подразделения, оказывающие высокотехнологичную медицинскую помощь.

6. При расчете потребности в оказании медицинской помощи рекомендуется учитывать инфраструктуру здравоохранения и территорию обслуживания медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, скорую, в том числе скорую специализированную медицинскую помощь, расположенных в граничащих субъектах Российской Федерации, с возможностью планирования объемов медицинской помощи в рамках межтерриториального взаимодействия.

7. Для определения потребности в мощностях медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара и в стационарных условиях, рекомендуется проводить расчеты обеспеченности коечным фондом по каждому профилю медицинской помощи.

⁷ Оказание медицинской помощи по профилю «акушерство-гинекология» осуществляется в медицинских организациях, отнесенных к соответствующим группам согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)"» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 2 апреля 2013 г., регистрационный № 27960) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17 января 2014 г. № 25н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 19 марта 2014 г., регистрационный № 31644), от 11 июня 2015 г. № 333н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 10 июля 2015 г., регистрационный № 37983), от 12 января 2016 г. № 5н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 10 февраля 2016 г., регистрационный № 41053).

Обеспеченность коечным фондом (К) медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, рассчитывается следующим образом:

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

где:

$N_{\text{к/д}}$ – число койко-дней на 1 000 жителей (произведение уровня госпитализации на 1 000 жителей на средние сроки лечения 1-го больного в стационаре);

H – численность населения;

D – среднегодовая занятость койки.

С помощью данной методики рекомендуется определять абсолютное количество коек, необходимое для реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в целом по субъекту Российской Федерации, а также по профилям медицинской помощи.

Фактическая среднегодовая занятость койки (D) рассчитывается следующим образом:

$$D = 365 \text{ дней в году} - t_r - (t_0 \times F),$$

где:

t_r – среднее время простоя койки на ремонт, для расчета этого показателя необходимо общее число койко-дней закрытия на ремонт разделить на среднегодовое число развернутых коек;

t_0 – простой койки, то есть время, необходимое на санитарно-гигиеническую обработку;

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

Плановый оборот койки (F) рассчитывается следующим образом:

$$F = \frac{365 - t_r}{T + t_0},$$

где:

T – средние сроки лечения.

8. Общепрофильные выездные бригады скорой медицинской помощи рекомендуется формировать исходя из следующих примерных нормативов:

в районах компактного проживания населения (с высокой плотностью населения) при длине радиуса обслуживания равной 20 км – 1 бригада на 10 тыс. чел. обслуживаемого взрослого населения, 1 бригада на 10 тыс. чел. обслуживаемого детского населения;

в районах с низкой плотностью населения при длине радиуса территории обслуживания равной 30 км – 1 бригада на 9 тыс. чел. населения, 40 км – 1 бригада на 8 тыс. чел. населения, 50 км – 1 бригада на 7 тыс. населения, свыше 50 км – 1 бригада на 6 тыс. чел. населения.

Специализированные выездные бригады скорой медицинской помощи рекомендуется формировать исходя из примерного норматива – 1 бригада на каждые 100 тыс. чел. обслуживаемого населения.

9. В целях полного и своевременного удовлетворения потребности населения в лекарственных препаратах для медицинского применения на территории субъекта Российской Федерации рекомендуется планировать размещение аптечных организаций, площадей индивидуальных предпринимателей, имеющих лицензию на фармацевтическую деятельность, медицинских организаций, имеющих лицензию на фармацевтическую деятельность, и их обособленных подразделений (амбулаторий, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, центров (отделений) общей врачебной (семейной) практики), расположенных в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации, с учетом пешеходно – транспортной доступности.