



Вр-3158726

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

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,  
Москва, ГСП-4, 127994,  
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

11.12.2023 № 13-0/1184

На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Руководителям органов  
исполнительной власти субъектов  
Российской Федерации  
в сфере охраны здоровья

Уважаемые коллеги!

Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Минздрава России направляет для использования в работе и разработки первоочередных мер по повышению доступности оказания медицинской помощи населению, методические рекомендации «Территориальное планирование региональных систем здравоохранения», утвержденные 26 октября 2023 г. ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Контактное лицо в ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России по вопросам территориального планирования: Поликарпов Александр Викторович, тел. +7 495 618 22 01 (доб. 717).

Приложение: на 40 л. в 1 экз.

Директор Департамента

Подлинник электронного документа, подписанного ЭП,  
хранится в системе электронного документооборота  
Министерства Здравоохранения  
Российской Федерации.


**СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП**

Сертификат: 01D9B3DDF6892E30000BB5B700060002  
Кому выдан: Деев Иван Анатольевич  
Действителен: с 11.07.2023 до 11.07.2024

И.А. Деев

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ОРГАНИЗАЦИИ И  
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**ПРИНЯТО**

Ученым советом ФГБУ «ЦНИИОИЗ»  
Минздрава России  
Протокол № 10  
От «26» октября 2023 г.  
Ученый секретарь, д.м.н., доцент  
 В.В. Люцко

**УТВЕРЖДАЮ**

Директор ФГБУ «ЦНИИОИЗ»  
Минздрава России, д.м.н., профессор



О.С. Кобякова  
 2023 г.

**ТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ РЕГИОНАЛЬНЫХ  
СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Методические рекомендации № 16-13

**Москва - 2023**

УДК 614.2  
ББК: 51.1  
DOI: 10.21045/978-5-94116-136-2-2023  
ISBN: 978-5-94116-136-2

**Под редакцией Стародубова В.И. – д.м.н, профессор, академик РАН, Научный руководитель ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России**

**Авторский коллектив:**

Деев Иван Анатольевич – профессор кафедры управления, экономики здравоохранения и медицинского страхования ФДПО ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, д.м.н., профессор.

Каракулина Екатерина Валерьевна – директор Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации, к.м.н.

Кобякова Ольга Сергеевна – директор ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, д.м.н., профессор, профессор РАН;

Поликарпов Александр Викторович – ведущий научный сотрудник отдела общественного здоровья и демографии ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, к.м.н.;

Страдымов Федор Иванович – главный специалист управления стратегического развития здравоохранения ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России;

Тюфилин Денис Сергеевич – начальник управления стратегического развития здравоохранения ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России;

Голубев Никита Алексеевич – начальник управления статистики ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, к.м.н.;

Климко Василий Иванович – главный специалист управления статистики ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, к.т.н.

Соломатников Иван Алексеевич – руководитель аналитического блока ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России;

Моравская Светлана Вячеславовна – специалист управления стратегического развития здравоохранения ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России;

Шибалков Иван Петрович – ведущий научный сотрудник отдела научных основ организации здравоохранения ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, к.э.н.;

Галеева Мария Владимировна – главный специалист управления по взаимодействию с регионами ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России;

Левахина Юлия Сергеевна – главный специалист управления статистики ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России.

#### **Рецензенты:**

Бойков Вадим Андреевич – заведующий кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, д.м.н., доцент.

Орлов Андрей Евгеньевич – заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ИМО ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, д.м.н., профессор.

#### **Аннотация**

Представлены общие принципы территориального планирования в сфере здравоохранения и порядок разработки схем территориального планирования для регионов Российской Федерации. Рассмотрены вопросы актуальности территориального планирования, цели и задачи анализа и управления сетью медицинских организаций и их структурных подразделений, включая алгоритмы принятия решений и оценки доступности первичной медико-санитарной помощи в населенных пунктах с численностью населения до 20 000 человек или расположенных в труднодоступной местности.

Методические рекомендации предназначены для организаторов здравоохранения, руководителей и специалистов органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

© ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2023

Для цитирования

Деев И.А., Каракулина Е.В., Кобякова О.С., Поликарпов А.В., Страдымов Ф.И., Климко В.И., Тюфилин Д.С., Голубев Н.А., Соломатников И.А., Моравская С.В., Шибалков И.П., Галеева М.В., Левахина Ю.С. Территориальное планирование региональных систем здравоохранения / под редакцией Стародубова В.И. М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2023. DOI: 10.21045/978-5-94116-136-2-2023

ISBN 978-5-94116-136-2



## СОДЕРЖАНИЕ

1. Сокращения.....	5
2. Введение.....	5
3. Актуальность .....	7
4. Нормативные правовые акты и др. документы, использованные при разработке ..	8
5. Общие принципы и этапы территориального планирования .....	9
5.1 Этап 1. Подготовительный этап (сбор и оценка статистической информации).....	12
5.2 Этап 2. Этап реализации .....	14
5.2.1 Структура схемы территориального планирования .....	18
5.3 Этап 3. Получение результатов .....	21
6. Алгоритмы проведения оценки доступности первичной медико-санитарной помощи .....	22
7. Методика оценки доступности первичной медико-санитарной помощи в малых населенных пунктах.....	34

## 1. Сокращения

**Таблица 1. Сокращения и расшифровка**

<b>Сокращение</b>	<b>Расшифровка</b>
ВМП	высокотехнологичная медицинская помощь
ГВС	главный внештатный специалист
ДТП	дорожно-транспортное происшествие
МИАЦ	медицинский информационно-аналитический центр
МО	медицинская организация
НМИЦ	национальные медицинские исследовательские центры
НП	населенный пункт
НПА	нормативный правовой акт
ОПЖ	ожидаемая продолжительность жизни
ПМСП	первичная медико-санитарная помощь
ПГГ	программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
РОИВ	региональные органы исполнительной власти
СП	структурные подразделения медицинских организаций
ТПГГ	территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

## 2. Введение

Настоящие методические рекомендации «Территориальное планирование региональных систем здравоохранения» (далее – Методические рекомендации) предназначены для разработки унифицированных подходов к формированию оптимальной сети медицинских организаций в субъектах Российской Федерации на основе критериев доступности медицинской помощи, а также обеспеченности населения ресурсами здравоохранения с учетом единых принципов территориального планирования.

**Территориальное планирование** – комплекс мероприятий по созданию схемы территориального размещения медицинских организаций (их структурных подразделений) на основе целевой модели регионального здравоохранения, разработанной исходя из характеристики существующей системы здравоохранения, требований законодательства и потребностей населения в оказании медицинской помощи. Объектами территориального планирования являются медицинские организации (МО) и их структурные подразделения (СП), оказывающие медицинскую помощь по различным профилям.

Схема территориального планирования, представляет собой документ, определяющий размещение объектов и комплекс мер устойчивого развития здравоохранения субъекта Российской Федерации, с учетом потребностей населения.

На сегодняшний день в статье 10 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», определены критерии доступности населению медицинской помощи, в том числе указано, что доступность и качество медицинской помощи определяются организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения. Нормативными правовыми актами (НПА) установлены требования к размещению МО государственной системы здравоохранения и иных объектов инфраструктуры в сфере здравоохранения исходя из потребностей населения.

Кроме того, критерии доступности и качества оказания медицинской помощи ежегодно утверждаются в составе Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ПГГ) и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ТПГГ), при формировании которых учитываются особенности половозрастного состава населения, уровень и структура заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, основанные на данных медицинской статистики, а также климатические и географические особенности региона, транспортная доступность медицинских организаций. Таким образом, в настоящее время создана достаточная нормативная правовая основа для территориального планирования.

Данные Методические рекомендации предназначены для описания поэтапного подхода к комплексной оценке текущей сети МО (СП) для формирования оптимальной модели регионального здравоохранения, обеспечивающей достижение целевых значений показателей доступности медицинской помощи с учетом действующего законодательства на основе разработанных типизированных критериев.

При территориальном планировании не рассматриваются объекты, без соотнесения с оказываемой в них медицинской помощью, такие как отдельные здания и сооружения, их инженерные системы или иные составные части (фундаменты, стены, крыши).

Мероприятия территориального планирования и разработка схемы территориального планирования являются задачами регионального органа исполнительной власти в сфере охраны здоровья. Курация процесса территориального планирования должна возлагаться на представителя регионального органа исполнительной власти в сфере охраны здоровья с полномочиями не ниже заместителя его руководителя.

Сбор медико-статистической информации и данных для целей территориального планирования относится к задачам регионального медицинского информационно-аналитического центра субъекта Российской Федерации (МИАЦ). Рекомендуется формирование проектной команды с включением в ее состав не менее двух работников МИАЦ, в компетенции которых входит сбор и анализ статистической информации, а также оформление презентационных материалов и визуализация. Руководителем рабочей группы может являться сотрудник уровня руководителя подразделения органа

исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья или руководитель МИАЦ.

### **3. Актуальность**

Трехуровневая система оказания медицинской помощи обеспечивает доступность специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в условиях ограниченных ресурсов здравоохранения, оптимальное использование мощностей медицинских организаций, оборудования, кадров. Необходимость организации трехуровневой системы оказания МП является основным принципом формирования сети МО и построения маршрутизации пациентов.

Исходя из принадлежности объектов здравоохранения к одному из уровней оказания медицинской помощи предусматривается их оснащение, кадровое обеспечение и требования к квалификации медицинских работников.

В субъектах Российской Федерации информация о ресурсном обеспечении и состоянии инфраструктурны здравоохранения не всегда централизована. Отсутствие целостной картины ресурсного обеспечения и доступности медицинской помощи для населения может приводить как к избыточности, так и к недостаточности инфраструктуры здравоохранения, как в отдельных МО, так и в муниципальных образованиях регионов.

Отдельным фактором обеспечения доступности и качества медицинской помощи является транспортная доступность при оказании медицинской помощи, которая может быть рассчитана на основании сведений о дорожной сети и транспортной ситуации в регионе.

Транспортная доступность может быть выражена показателем средней длительности доезда пациента при жизнеугрожающих состояниях, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме, до медицинской организации (МО), поскольку именно время от момента возникновения экстренного состояния до момента получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, является определяющим в клиническом результате и благоприятности исхода для пациента.

При оказании неотложной и плановой медицинской помощи транспортная доступность может характеризоваться приближенностью оказания медицинской помощи к месту жительства пациентов, а территориальное планирование помогает выявлять ситуации, при которых медицинская помощь оказывается в более отдаленных муниципальных образованиях субъекта Российской Федерации, чем это возможно, исходя из существующей сети МО и их СП.

Такая работа позволяет планировать региональные мероприятия для повышения доступности медицинской помощи.



#### **4. Нормативные правовые акты и иные документы, использованные при разработке**

В Российской Федерации принят ряд НПА, затрагивающих те или иные аспекты территориального планирования напрямую или косвенно – основные из них представлены ниже.

Так, в частности, Постановление Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2022 года №2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» регламентирует объем, виды и способы оказания медицинской помощи, сроки ее ожидания.

Постановление Правительства Российской Федерации от 24.03.2007 №178 «Об утверждении Положения о согласовании проектов схем территориального планирования субъектов Российской Федерации» определяет порядок согласования схемы территориального планирования двух и более субъектов Российской Федерации или проекта схемы территориального планирования субъекта Российской Федерации, проекта генерального плана города федерального значения, а также состав и порядок деятельности согласительных комиссий при согласовании этих документов.

Свод правил «СП 42.13330.2016. Свод правил. Градостроительство. Планировка и застройка городских и сельских поселений. Актуализированная редакция СНиП 2.07.01-89» (утвержден приказом Минстроя России от 30.12.2016 №1034/пр) распространяется на проектирование новых и развитие существующих городских и сельских населенных пунктов (НП) и содержит основные требования к их планировке и застройке.

Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 24.12.2020 г. №44 «Об утверждении санитарных правил СП2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг» устанавливает санитарно-эпидемиологические требования к выполнению работ и предоставлению социальных услуг, а также к используемым хозяйствующими субъектами зданиям, сооружениям, помещениям, оборудованию и транспортным средствам.

Следующие НПА устанавливают нормы по организации оказания медицинской помощи в МО исходя из численности населения и территориального расположения (штатные нормативы, СП):

1. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 №543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;

2. Приказ Минздрава России от 27.02.2016 №132н «О Требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения»;
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.03.2018 №92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям»;
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 июня 2013 г. №388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи»;
5. Приказ Минздрава России от 29 ноября 2019 г. №974 «Об утверждении методики расчета потребности во врачебных кадрах»;
6. Приказ Министерства экономического развития Российской Федерации от 1 декабря 2020 г. №793 «Методические рекомендации по подготовке схем территориального планирования Российской Федерации»;
7. Порядки оказания медицинской помощи.

Перечисленные выше НПА обязательны для изучения перед началом выполнения работ по территориальному планированию для любого субъекта Российской Федерации. В каждом регионе могут быть свои особенности, и помимо федеральных, необходимо изучить и документы, принятые на уровне субъекта Российской Федерации.

## **5. Общие принципы и этапы территориального планирования**

Базовым принципом создания схем территориального планирования является рассмотрение минимально достаточных данных для решения задач территориального планирования:

- описание существующей системы оказания медицинской помощи по профилям в муниципальных районах и городских округах;
- изучение сроков ожидания оказания медицинской помощи, структуры заболеваемости и смертности;
- выбор категорий заболеваний и состояний, вносящих наибольший вклад в показатели заболеваемости, смертности и ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ), на их основании – определение приоритетных профилей;
- изучение региональных НПА, регламентирующих маршрутизацию пациентов по приоритетным профилям оказания медицинской помощи;
- оценка ресурсов для обеспечения оказания МП по отдельным профилям;
- формирование целевой модели организации системы оказания медицинской помощи по профилям, включая планируемое размещение МО и их СП;

- формирование перечня мер по достижению целевой модели организации системы оказания медицинской помощи по профилям.

Для описания действующей системы оказания медицинской помощи в каждом муниципальном образовании необходим сбор данных и статистических сведений, описанных в разделе 5.1 данных методических рекомендаций.

На основании изучения полученных статистических данных и сведений, возможны оценка своевременности оказания медицинской помощи, структуры заболеваемости и смертности, а также определение проблем в организации МП. Выявленные проблемы, а также значимые различия структуры заболеваемости и смертности в анализируемом субъекте Российской Федерации по сравнению с субъектами РФ, расположенными в аналогичной климатогеографической зоне, с аналогичными демографическими показателями, уже позволяют обозначить направления для разработки мероприятий по повышению доступности медицинской помощи.

Рекомендуется базовый перечень систем оказания медицинской помощи по профилям оказания медицинской помощи (помощи), категориям заболеваний и состояний, требующих оценки территориального размещения МО и их СП, при разработке схем территориального планирования:

- система оказания помощи пациентам с сосудистыми катастрофами;
- система оказания помощи пациентам с онкологическими заболеваниями;
- система оказания помощи беременным, роженицам и новорожденным;
- система оказания помощи пострадавшим при ДТП;
- система оказания медицинской помощи детям;
- система оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) (алгоритм проведения оценки представлен в разделе 6);
- система оказания скорой медицинской помощи.

Базовый перечень систем оказания медицинской помощи по профилям оказания медицинской помощи является минимальным. Объем разработки схем территориального планирования определяется исходя из особенностей субъектов Российской Федерации, определения приоритетных профилей, уровня заболеваемости и смертности населения. Далее, в разделе 5.2, приведена структура региональных схем территориального планирования в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Разработка схем территориального планирования состоит из трех основных этапов:

1. Подготовительный этап (сбор и оценка статистической информации);
2. Этап реализации;
3. Получение результатов.

Последовательность работ и ответственные за их проведение представлены в Таблице 2.

**Таблица 2. Алгоритм формирования схем территориального планирования субъектов Российской Федерации**

№	Мероприятие	Ответственный
Этап 1. Подготовительный этап (сбор и оценка статистической информации)		
1.1. Оценка фактического состояния системы здравоохранения субъекта РФ по профилям и условиям оказания медицинской помощи		
1.1.1.	Сбор статистической информации. Подготовка расчетных значений	МИАЦ, руководители МО
1.1.2.	Предоставление заполненных форм запрашиваемой статистической информации	МИАЦ
1.2. Анализ полноты и корректности заполнения информации		
1.2.1.	Обработка и анализ корректности представленных данных	РОИВ, руководители МО субъекта РФ, ГВС по профилям субъекта РФ
1.2.2.	Сопоставление фактической и расчетной модели, оценка расхождений по профилям оказания медицинской помощи	
1.2.3.	Построение целевой модели оказания медицинской помощи	
Этап 2. Этап реализации		
2.1.	Выделение проблемных (спорных) вопросов в части территориального планирования, требующих экспертной оценки ГВС и НМИЦ, проектных офисов	РОИВ
2.2.	Обсуждение выявленных проблемных вопросов в части подготовки схем территориального планирования с ГВС, НМИЦ, проектными офисами	РОИВ
2.3. Визуализация схем территориального планирования		
2.3.1.	Формирование таблиц для картографического отображения (фактическая и расчетная модели)	РОИВ /МИАЦ
2.3.2.	Формирование карт доступности медицинской помощи	РОИВ /МИАЦ
2.3.3.	Подготовка проекта схем территориального планирования (фактическая модель)	РОИВ /МИАЦ
2.3.4.	Формирование перечня мероприятий для достижений целевой модели	РОИВ
2.3.5.	Подготовка проекта схем территориального планирования (целевая модель)	РОИВ /МИАЦ
2.4. Формирование консолидированной позиции с отображением целевой модели		
2.4.1.	Согласование с НМИЦ по профилям медицинской помощи схемы территориального планирования	РОИВ
2.4.2.	Подготовка целевой версии (итоговой) схемы территориального планирования	РОИВ/МИАЦ
Этап 3. Получение результатов		
3.1.	Направление итоговой версии схемы территориального планирования субъекта РФ в адрес ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России	РОИВ
3.2.	Мониторинг и актуализация схемы территориального планирования	РОИВ

Территориальное планирование можно считать условно завершенным при последовательном выполнении всех этапов и полной готовности схемы территориального планирования, согласованной всеми участниками процесса.

Можно выделить следующих участников разработки схем территориального планирования:

*Сотрудники региональных органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья* – осуществляют анализ статистических данных, разработку схем территориального планирования, согласование предложений и схем со всеми заинтересованными лицами, включая главных внештатных специалистов (ГВС) РОИВ по профилям, и, при отсутствии ранее согласованной позиции по территориальному планированию, с ГВС по профилям Минздрава России, курирующими регион Национальными медицинскими исследовательскими центрами (НМИЦ).

*Сотрудники НМИЦ и ГВС по профилям медицинской помощи субъектов Российской Федерации* – осуществляют экспертизу предложений и мероприятий, отраженных в схеме территориального планирования, и согласовывают предлагаемые РОИВ схемы в рамках своих компетенций.

*Сотрудники ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России* – осуществляют курацию субъектов Российской Федерации, информационное сопровождение по вопросам территориального планирования, по запросу РОИВ – координацию разработки схем территориального планирования и экспертную оценку предложений и мероприятий.

**!** Важно отметить, что территориальное планирование – это динамический процесс, требующий актуализации схемы при изменении параметров системы здравоохранения. Постоянный мониторинг изменений параметров системы позволяет своевременно актуализировать схемы территориального планирования и вносить корректировки в текущее и целевое состояние, а также актуализировать перечень мероприятий, утвержденный в регионе для развития системы здравоохранения.

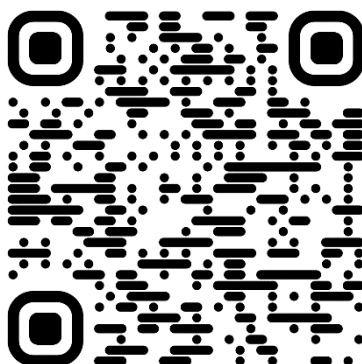
## **5.1 Этап 1. Подготовительный этап (сбор и оценка статистической информации)**

Сведения, необходимые для визуализации фактического и целевого состояния системы здравоохранения региона, собираются субъектом Российской Федерации в соответствии с таблицами в электронных Приложениях 1 и 2 к настоящим методическим рекомендациям. Разработанные ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России формы сбора данных прошли тестовую апробацию в 19 субъектах Российской Федерации. Они содержат основные сведения о текущем и целевом состояниях сети МО.

Источником данных для заполнения таблиц может служить оперативная (административная) статистическая информация в виде данных регистров, реестров,

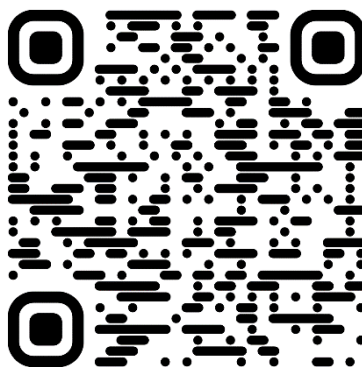
паспортов медицинских организаций, а также официальные данные федерального и отраслевого статистического наблюдения.

Таблицы электронного [приложения 1](#) (Рисунок 1) отображают необходимые данные о системе здравоохранения субъекта Российской Федерации в целом: демографическая ситуация в регионе, коечный фонд, в т.ч. по основным профилям оказания медицинской помощи, состояние службы скорой медицинской помощи и уровень доступности первичной медико-санитарной помощи.



**Рисунок 1. Ссылка на электронное приложение 1**

Таблицы электронного [приложения 2](#) (Рисунок 2) отображают данные о системе здравоохранения субъекта Российской Федерации по отдельным профилям оказания медицинской помощи, а также о мероприятиях, планируемых в ходе разработки схем территориального планирования.



**Рисунок 2. Ссылка на электронное приложение 2**

При необходимости исходные таблицы могут дополняться иными сведениями, необходимыми для выработки мер повышения доступности оказания медицинской помощи гражданам.

Для первичной оценки достаточности мощностей МО, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, рассчитываются целевые значения коечного фонда в субъекте Российской Федерации.

Целевые значения коечного фонда рассчитываются в соответствии с приложением 13 к письму Минздрава России от 30.01.2023 №31-2/И/2-1287 «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023-2025 годы», а также на основании п.7.1 приказа Минздрава России от 29.11.2019 №974 «Об утверждении методики расчета потребности во врачебных кадрах».

## 5.2 Этап 2. Этап реализации

После получения результатов подготовительного этапа, когда обработаны данные и проведено сопоставление фактической и расчетной моделей, сформирована целевая модель по профилям и условиям оказания медицинской помощи, требуется дать ответ на проблемные или спорные вопросы в части территориального планирования.

Экспертная оценка целевой модели территориального планирования может быть дана ГВС по профилям оказания медицинской помощи и НМИЦ. Экспертизу схем территориального планирования, в рамках компетенций по отдельным профилям, могут проводить представители координационных центров и проектных офисов федеральных проектов.

**!** Важно отметить, что целевая модель по условиям и профилям оказания медицинской помощи является «грубым» инструментом, направленным на описание системы регионального здравоохранения по двум основным параметрам: коечному фонду и территориальному расположению МО и их СП. Фактическое и целевое состояние коечного фонда по профилям позволяют определить отклонение регионального значения от расчетного, но не более.

Поскольку объемы коечного фонда определяются с учетом множества корректирующих параметров, а объемы оказываемой медицинской помощи в стационарных условиях формируются с учетом региональных поправочных коэффициентов, то полученные отклонения не могут лежать в основе реорганизационных мероприятий.

При определении профицита фактического количества коек к расчетному требуется рассмотреть маршрутизацию пациентов по профилям, эффективность использования имеющихся коек, уровень госпитализации и больничной летальности. Далее на Рисунке 3 представлен алгоритм оценки профицита или дефицита коечного фонда по профилям.

Таким образом, отклонение фактического и расчетного числа коек оценивается по двум основным критериям: эффективность работы коечного фонда и расположение коек по профилю, исходя из требований к доступности.

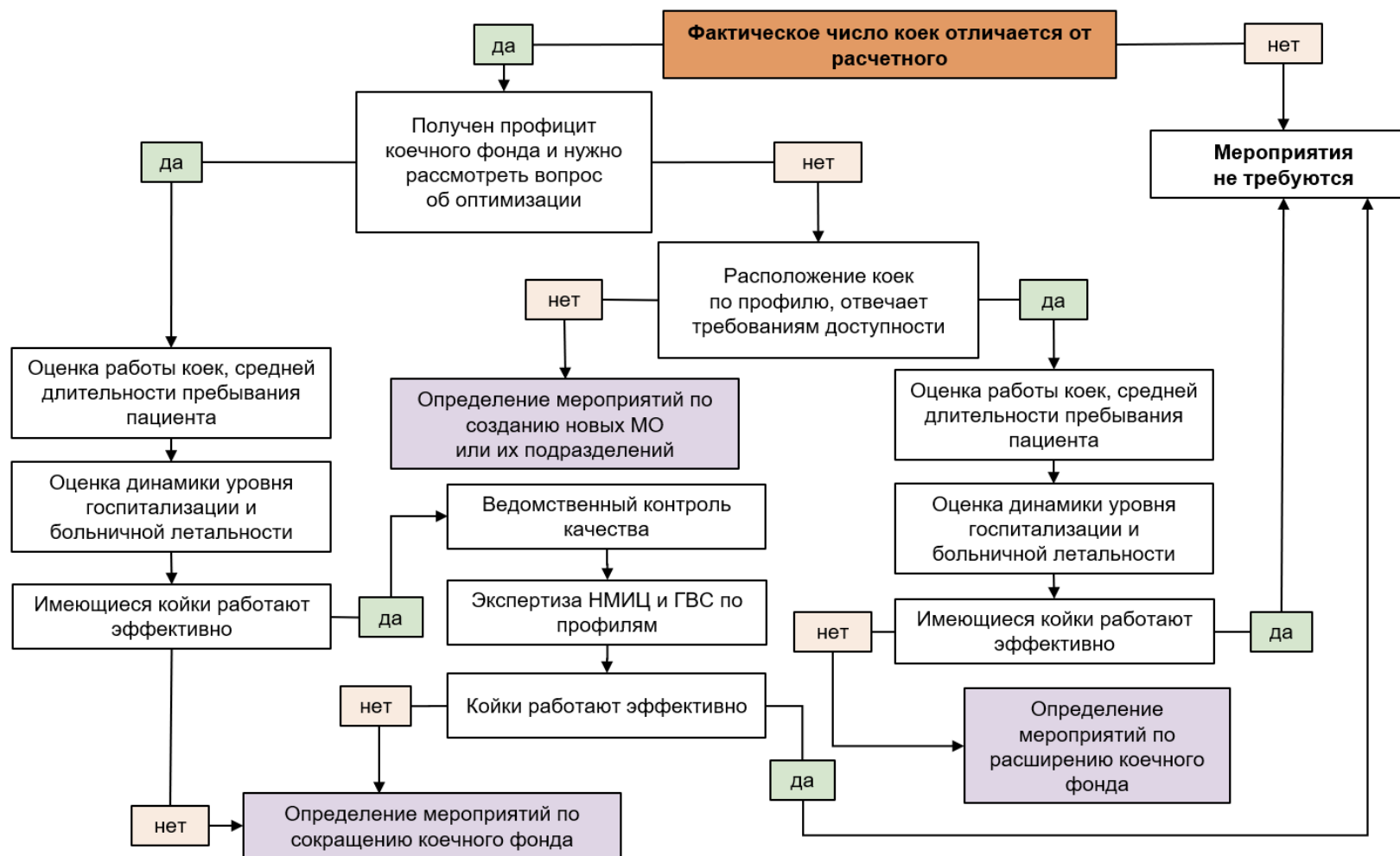
Эффективность работы койки оценивается как число дней работы в году, позволяющее, при наличии данных о фактическом числе коек и числе дней их работы ниже рекомендованного, получить число коек, не обеспеченных госпитализациями.

Среднегодовое число коек, не обеспеченных госпитализациями, позволяет поставить вопрос о необходимости оптимизации коечного фонда или проведения мероприятий по повышению доступности.

При недостаточной доступности специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, также нарушениях преемственности стационаров с первичным звеном здравоохранения, работа койки может быть снижена, но это не в полной мере характеризует профицит коек.

При необоснованно сниженной средней длительности пребывания пациента на койке показатель занятости койки может быть снижен. Также распространена ситуация, когда при увеличенной средней длительности пребывания на койке показатель ежегодной работы является удовлетворительным. Такие проблемы требуют внутреннего и ведомственного контроля качества оказания медицинской помощи, регулярной медико-экономической экспертизы в медицинских организациях и не являются предметом территориального планирования.





**Рисунок 3. Алгоритм оценки отклонений в фактическом и расчетном числе коек по профилям**

Показатель рекомендованного количества коек на одного врача с учетом организации круглосуточной работы МО при наличии сведений о штатном расписании МО региона позволяет ответить на вопрос, связан ли показатель работы койки с кадровым дефицитом. Оценка расположения коек по профилю, исходя из требований к доступности, представляет особую сложность, поскольку включает множество переменных. Важно определить, с какими преимущественно состояниями пациенты госпитализируются на рассматриваемые койки.

В случае, если пациенты преимущественно госпитализируются по рассматриваемому профилю в экстренном состоянии, то характеристикой доступности расположения МО или их СП может служить среднее время доезда скорой медицинской помощи, рассчитываемое по дорожной сети (графу дорог). При наличии крупных водоемов и рек необходимо учитывать возможность доставки пациентов в экстренном состоянии по воде. В отсутствии наземного и водного транспортного сообщения рассматривается время доставки авиатранспортом.

Оптимизация доставки пациента при жизнеугрожающем состоянии до медицинской организации возможна путем развертывания дополнительных мощностей системы здравоохранения, то есть организации филиалов МО с размещением коек востребованных профилей или развертывание дополнительных коек на площадях имеющих территориально-выделенных структурных подразделений.

Если рассматривается доступность госпитализации пациентов в плановом порядке, то время доезда до МО является второстепенным фактором, а на первый план выходит обеспеченность койками по профилю, достаточность которой можно оценить сравнением с общероссийским показателем и показателем по федеральному округу, где расположен субъект Российской Федерации и расчетным методом на основании рекомендаций Минздрава России о формировании территориальных программ государственных гарантий<sup>1</sup>.

Для расчета коечной мощности и структуры планируемой МО (филиала МО, структурного подразделения), оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, следует учитывать сложившуюся частоту госпитализации населения на койки определенного профиля, среднюю длительность пребывания на койке, с учетом наличия или отсутствия возможности перевода на долечивание в дневной стационар или на амбулаторное лечение, с расчетом на ее основе нормативного показателя занятости койки по указанному профилю<sup>2</sup>.

Мероприятия по достижению целевой модели вырабатываются исходя из наименьших затрат, включая временные затраты. Мероприятия схем территориального

---

<sup>1</sup> в соответствии с письмом Минздрава России от 30.01.2023 №31-2/И/2-1287 «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023-2025 годы»

<sup>2</sup> Руголь Л.В. Научное обоснование мероприятий по совершенствованию организации работы центральных районных больниц в современных условиях. Автореферат дисс. д-ра мед. наук. Москва, 2023. 48с. (С.26-29).

планирования являются основой для формирования региональных программ и проектов, поэтому они не содержат сроков исполнения, характеристик критериев достижения результатов и ответственных за реализацию. При этом формулировка мероприятий должна быть исчерпывающей, содержать наименования всех объектов, на которые они направлены, например, названия МО, наименования тяжелого оборудования, наименования муниципальных образований и отдельных НП. Мероприятия должны быть самодостаточными, то есть сохранять возможность рассмотрения вне схемы территориального планирования.

Схема территориального планирования и включенные в нее мероприятия являются следствием комплексной оценки всех вышеприведенных факторов и позволяют организовать стратегическое управление здравоохранением субъекта Российской Федерации на основе данных.

### 5.2.1 Структура схемы территориального планирования

Помимо характеристики системы оказания медицинской помощи по различным профилям, схема территориального планирования должна содержать общие разделы, делающие ее самодостаточной и исчерпывающей:

- подходы к территориальному планированию;
- общая характеристика здравоохранения субъекта Российской Федерации;
- система здравоохранения субъекта Российской Федерации – фактическое состояние;
- коечный фонд;
- система здравоохранения субъекта Российской Федерации – целевое состояние.

! Пример оформления схемы территориального планирования представлен по [ссылке](#)



#### 5.2.1.1 Подходы к территориальному планированию

В раздел предлагается включать сведения о порядке расчетов, на основании которых реализована схема. Порядок расчетов должен содержать дату статистического наблюдения о численности населения рассматриваемого субъекта Российской Федерации, подходы к определению целевого коечного фонда и расположения МО и СП, оказывающих медицинскую помощь. Кроме того, в раздел рекомендуется вносить данные о трехуровневой системе оказания медицинской помощи, а именно, характеристику видов медицинской помощи и наименования МО и их СП, относящихся к описываемому уровню.

### **5.2.1.2 Общая характеристика регионального здравоохранения**

Раздел включает сведения о численности и структуре населения, сети МО и общей характеристике коечного фонда СП. Подробнее мощности МО, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, рассматриваются в разделе «Коечный фонд». Раздел включает таблицу, подробно представленную выше (5.1), которая содержит значения фактического и целевого числа коек по приоритетным профилям, в том числе по уровню подчинения и формам собственности.

### **5.2.1.3 Система здравоохранения субъекта Российской Федерации – фактическое состояние**

Раздел, который представляет из себя карту субъекта Российской Федерации с обозначением границ муниципальных образований, их названий и цветовых обозначений районов и городских округов.

Под системой оказания медицинской помощи по профилям следует понимать МО, их подразделения, клинические и параклинические службы, объединенные единством функций или подходов в работе с пациентами по профилям.

Фактическая модель представляется в форме карты региона с делением на муниципальные образования. На карте субъекта Российской Федерации обозначаются МО и СП и их количество. Для этого конкретному МО или СП присваиваются схематические изображения (пиктограмма), а количество элементов в одном муниципальном образовании обозначается числом над пиктограммой. При невозможности разместить все пиктограммы и числа на карте допустимо использование выносок. Применяемые средства визуализации и пиктограммы требуют интерпретации в легенде.

Исходя из трехуровневой системы оказания медицинской помощи по каждому из профилей, все МО (СП) следует отнести к одному из уровней, указав их количество в рассматриваемом регионе. Такой подход позволяет снизить число объектов для визуализации на карте. В перечень профилей оказания медицинской помощи, для которых требуется визуализация на карте входят: многопрофильные и специализированные больницы(районные, центральные районные, городские, региональные); госпитали; диспансеры; медицинские организации особого типа; самостоятельные поликлиники; станции переливания крови; фельдшерско-акушерские пункты и фельдшерские пункты; амбулатории; служба скорой медицинской помощи (филиалы, подстанции, остановочные пункты); объекты санитарной авиации и вертолетные площадки.

Разделы схемы территориального планирования, характеризующие отдельные профили оказания медицинской помощи, содержат фактическое состояние системы оказания медицинской помощи по профилю, целевое состояние с учетом потребности населения и доступности медицинской помощи и мероприятия по достижению этого целевого состояния.

Обозначения пиктограммами объектов здравоохранения позволяет характеризовать их расположение, а применение цветных выносок – обозначить потребность в реорганизации или создании нового объекта. Заливка цветами дополняет характеристику профиля оказания медицинской помощи и может быть выполнена как в градиенте одного цвета, так и различными цветами.

Применение градиента обоснованно при визуализации параметра без его качественной характеристики, например, численности населения или обеспеченности врачебными кадрами. Применение различных цветов целесообразно в случае потребности в качественной характеристике, что видно на примере параметра своевременности доезда скорой медицинской помощи, то есть количества вызовов, время доезда на которые не превысило 20 минут, или иного значения, утверждённого НПА региона.

В каждом муниципальном образовании различными цветами можно охарактеризовать доли своевременного доезда с присвоением цветовой маркировки, что позволит определить неоднородность показателя в субъекте Российской Федерации и предположить потребности в мерах улучшения работы скорой медицинской помощи.

Для характеристики транспортной доступности в текущем и целевом состоянии системы оказания помощи по профилям рекомендуется дополнять схемы визуализацией (тепловыми картами) времени доезда до МО и их СП по текущей сети дорог региона, что представляет особую актуальность при оказании экстренной медицинской помощи.

Мероприятия по достижению целевой модели системы оказания медицинской помощи по профилям формулируются с указанием конкретных мер и объектов здравоохранения, в отношении которых они предлагаются.

#### ***5.2.1.4 Система здравоохранения субъекта Российской Федерации – целевое состояние***

Целевая модель системы здравоохранения по профилям может быть представлена в виде карты субъекта или схемы, учитывающей уровни оказания медицинской помощи по профилю и МО (СП), относящиеся к этим уровням. Схемы целевого состояния упрощают восприятие изменений, а карта целевого состояния позволяет отразить большее количество параметров за счет сохранения возможности заливки цветом отдельных муниципальных образований для задания целевого значения для дополнительного параметра, отраженного в фактическом состоянии.

Раздел является результирующим и представляет из себя доработанный с учетом мероприятий и целевых состояний отдельных профилей оказания медицинской помощи раздел «Региональная система здравоохранения-фактическое состояние», включающий идентичный набор данных.

Схемы территориального планирования могут быть разработаны различными средствами визуализации исходя из общего принципа – требуется показать систему оказания медицинской помощи по профилям с учетом формы оказания медицинской помощи населению.

### 5.3 Этап 3. Получение результатов

После формирования консолидированной позиции, согласованной со всеми участниками процесса территориального планирования и получения итоговой схемы территориального планирования, она с сопроводительным письмом РОИВ направляется на согласование в ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России по адресу электронной почты [terplan@mednet.ru](mailto:terplan@mednet.ru).

Направление схем территориального планирования в ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России предлагается как для дополнительной экспертизы планируемых в субъекте Российской Федерации мероприятий по формированию и реорганизации сети с целью оценки доступности медицинской помощи и целесообразности изменения сети МО и их СП в субъекте, планирования инфраструктурных проектов в сфере здравоохранения.

Территориальное планирование позволяет не только оптимально расположить сеть МО и СП, но и пересмотреть маршрутизацию пациентов по профилям оказания медицинской помощи так, чтобы она обеспечивала оптимальную доступность и удобство для населения, формировала потоки пациентов, соответствующие мощностям МО.

В отсутствии территориального планирования маршрутизация по профилям выстраивается на существующих ресурсах системы здравоохранения, чаще всего ограниченных возможностями МО (кадровыми, материально-техническими, финансовыми). В свою очередь, возможности МО могут быть недостаточными ввиду нерационального распределения потоков пациентов и расположения подразделений.

Необходимо не реже одного раза в год актуализировать информацию, содержащуюся в схемах территориального планирования.

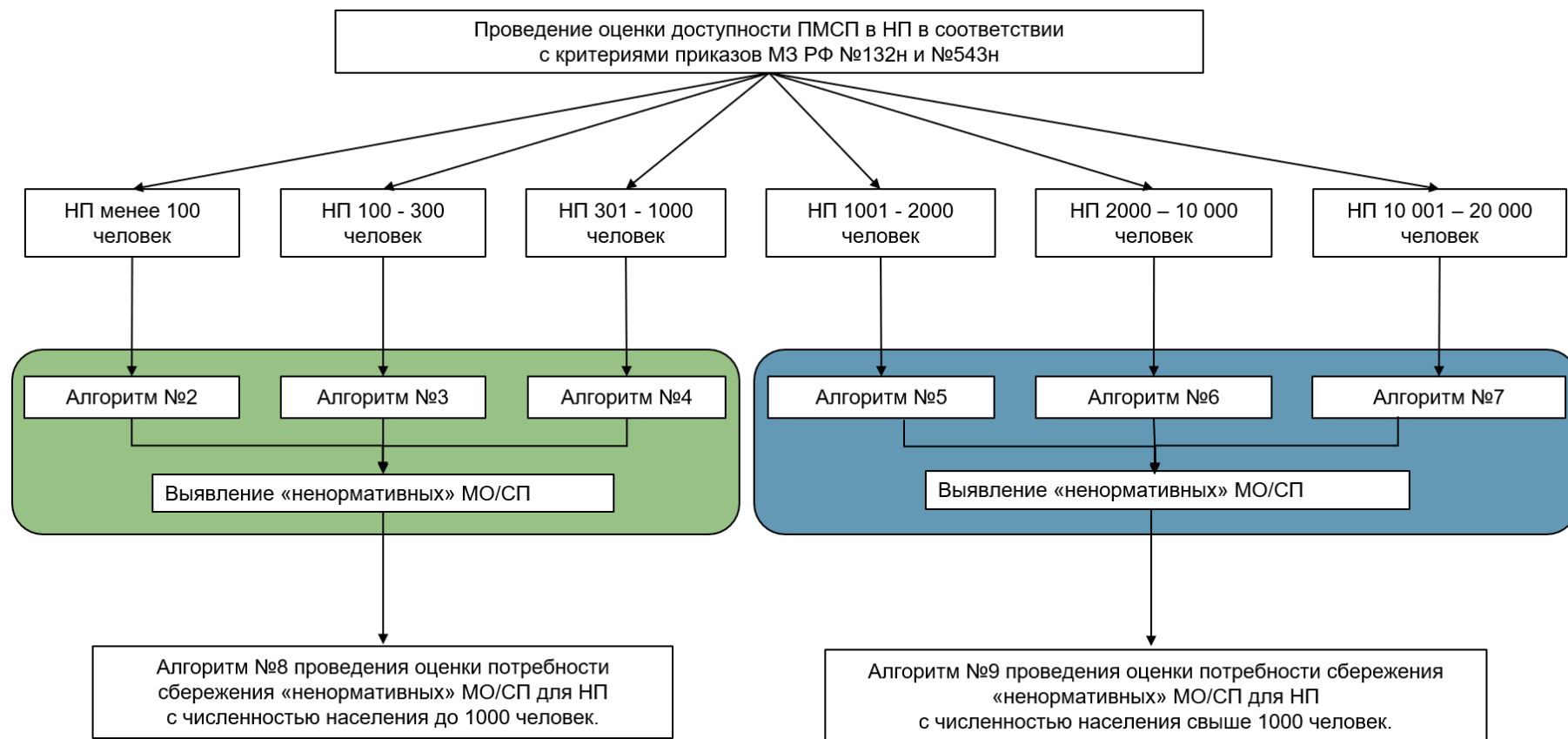
**!** Сроки актуализации данных необходимо синхронизировать с получением официальных статистических данных по формам федерального и отраслевого статистического наблюдения

Актуализация схем территориального планирования может потребоваться в случае изменения сети и мощности МО, ввиду строительства новых жилых микрорайонов, промышленных объектов, а также при рассмотрении отдельных мероприятий по повышению доступности медицинской помощи населению по профилям.

## **6. Алгоритмы проведения оценки доступности первичной медико-санитарной помощи**

Проблема доступности первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), как важной составляющей оценки удовлетворенности населения системой здравоохранения, диктует необходимость комплексного подхода при территориальном планировании.

Базовый параметр, определяющий выбор схемы для проведения оценки доступности ПМСП – это численность населения, проживающего в НП (Рисунок 4).



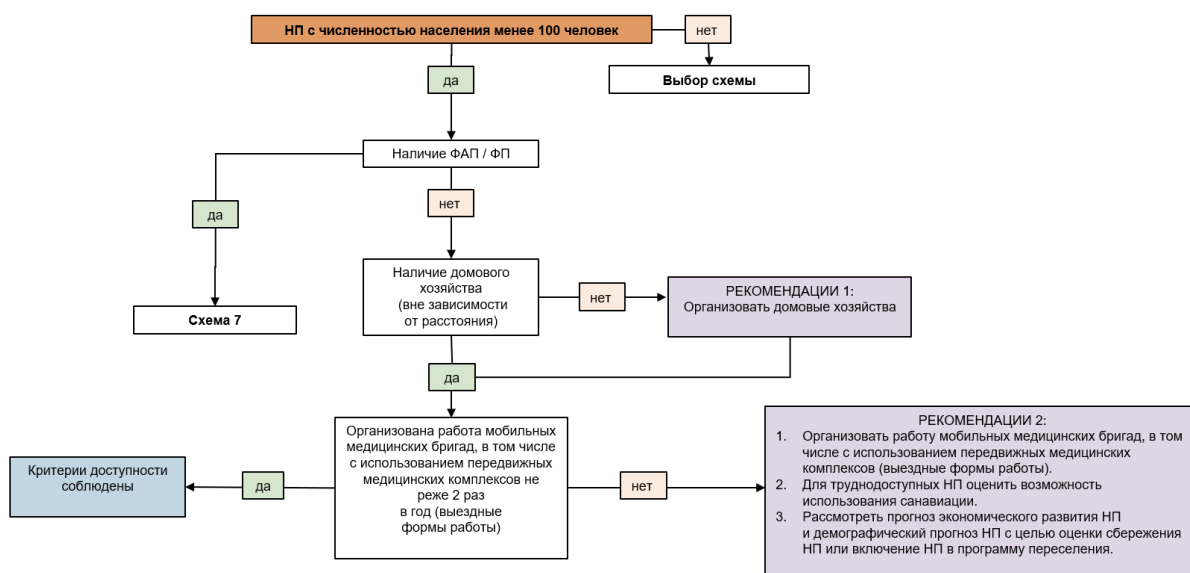
**Рисунок 4. Выбор схемы для оценки доступности ПМСР в НП в зависимости от численности населения**



Схемы 1-6 описывают проведение оценки доступности ПМСП в зависимости от численности населения НП в соответствии с требованиями, определенными приказами Минздрава России №132н и №543н. Если при проведении оценки доступности ПМСП в НП выявляются «сверхнормативные» МО/СП, то необходимо дополнительно провести оценку в соответствии со схемами 7 и 8 соответственно для НП с численностью населения до 1000 человек включительно и свыше 1000 человек.

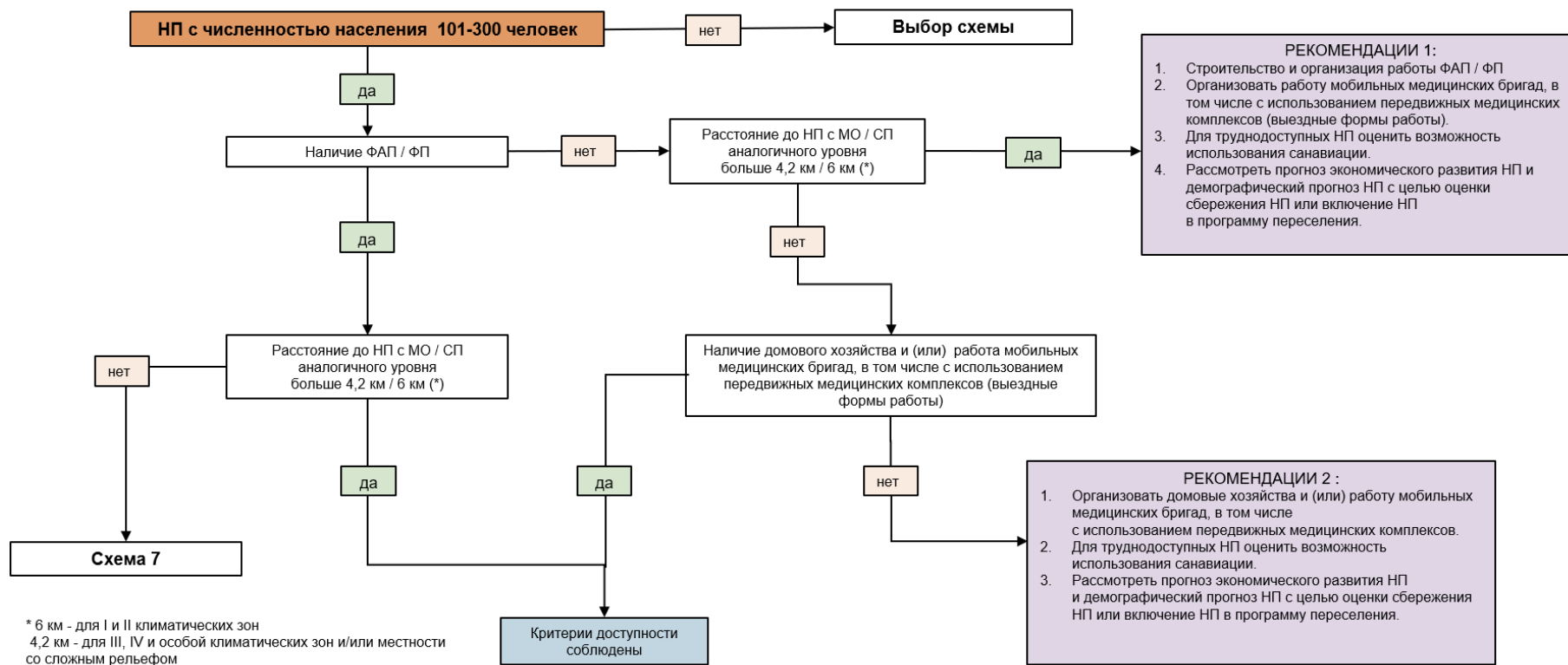
При оценке доступности ПМСП в соответствии с выбранной схемой в зависимости от проверяемых условий возникает разделение на несколько ветвей, прохождение которых позволяет либо сделать вывод о соблюдении критериев доступности ПМСП в НП, либо необходимости реализовать мероприятия по повышению доступности ПМСП.

На рисунке 5 представлена схема 1 для проведения оценки доступности ПМСП в НП с численностью населения до 100 человек, в которой основным критерием доступности ПМСП является организация деятельности мобильных медицинских бригад, в том числе с использованием передвижных медицинских комплексов.



**Рисунок 5. Схема 1 для проведения оценки доступности ПМСП в НП с численностью населения до 100 человек**

На рисунке 6 представлена схема 2 для проведения оценки доступности ПМСП в НП с численностью населения 101-300 человек, в соответствии с которой основными критериями доступности являются наличие работающего ФАП/ФП и расстояние до НП с МО/СП аналогичного уровня.



**Рисунок 6. Схема 2 для проведения оценки доступности ПМСП в НП с численностью населения 101-300 человек**

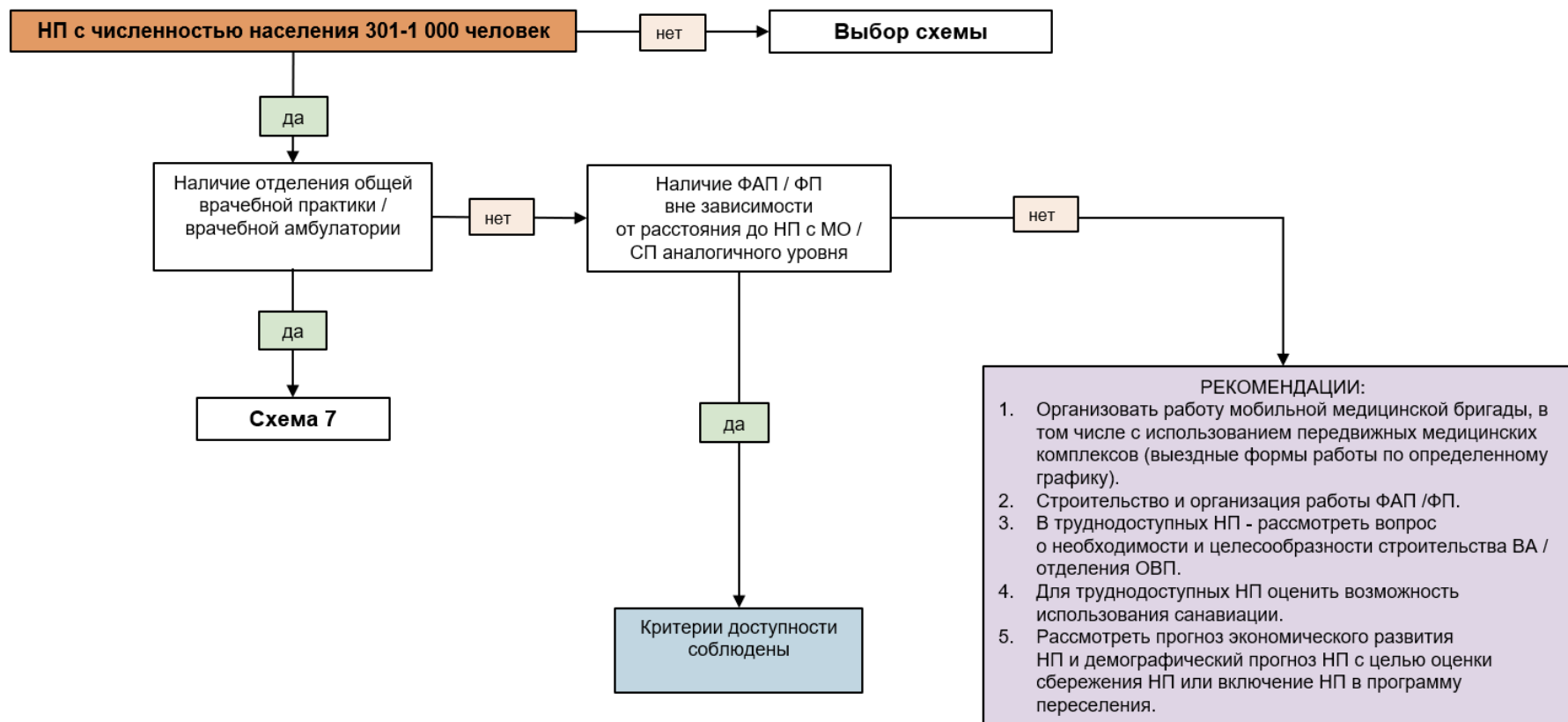
Если в НП с численностью населения 101-300 человек организован и работает ФАП/ФП, при этом расстояние до НП с МО/СП аналогичного уровня менее 6 км (для III, IV и особой климатических зон, а также в зоне пустынь и полупустынь, в условиях сложного рельефа – менее 4,2 км<sup>2</sup> согласно Своду правил СП 42.13330.2016 «Градостроительство. Планировка и застройка городских и сельских поселений»), необходимо в соответствии со схемой 7 провести оценку потребности «сбережения» МО/СП, не соответствующих нормативам приказов Минздрава №132н и №543н в данном НП.

На рисунке 7 представлена схема 3 для проведения оценки доступности ПМСП в НП с численностью населения 301-1 000 человек, в соответствии с которой основным критерием доступности является наличие фельдшерско-акушерского пункта или фельдшерского здравпункта.

На рисунке 8 представлена схема 4 для проведения оценки доступности ПМСП в НП с численностью населения 1 001-2 000 человек, в соответствии с которой основными критериями доступности являются наличие центра (отделения) общей врачебной практики (семейной медицины)/врачебной амбулатории и расстояние до НП с МО/СП аналогичного уровня.

---

<sup>2</sup> В последующих схемах также применяется критерий расстояния 6км /4,2 км зависимости от климатической зоны



**Рисунок 7. Схема 3 для проведения оценки доступности ПМСП в НП с численностью населения 301-1 000 человек**



На рисунке 9 представлена схема 5 для проведения оценки доступности ПМСП в НП с численностью населения 2001-10000 человек. В схеме 5 рассматриваются НП с достаточно широким диапазоном численности населения. Для НП с численностью населения 5 001 – 10 000 человек основным критерием доступности является наличие участковой больницы, в структуре которой есть СП, оказывающее медицинскую помощь в амбулаторных условиях, а для НП с численностью населения 2 001 – 5 000 человек основным критерием доступности является наличие центра (отделения) общей врачебной практики (семейной медицины) врачебной практики/врачебной амбулатории.

На рисунке 10 представлена схема 6 для проведения оценки доступности ПМСП в НП с численностью населения 10 001-20 000 человек, в соответствии с которой основным критерием доступности является наличие участковой больницы, в структуре которой есть подразделение, оказывающее медицинскую помощь в амбулаторных условиях, или наличие центров (отделений) общей врачебной практики (семейной медицины) врачебной практики/врачебной амбулатории. При наличии в населенном пункте поликлиники, РБ, ЦРБ или ГБ, проводится оценка потребности сохранения МО (СП) в данном населенном пункте.

На рисунке 11 представлена схема 7 для проведения оценки потребности сохранения МО/СП, не соответствующих нормативам приказов Минздрава России №132н и №543н для НП с численностью населения до 1 000 человек.

Основным критерием принятия решения по сохранению существующей «сверхнормативной» МО/СП в НП в схеме 7 является наличие медицинского работника, постоянно проживающего в НП.

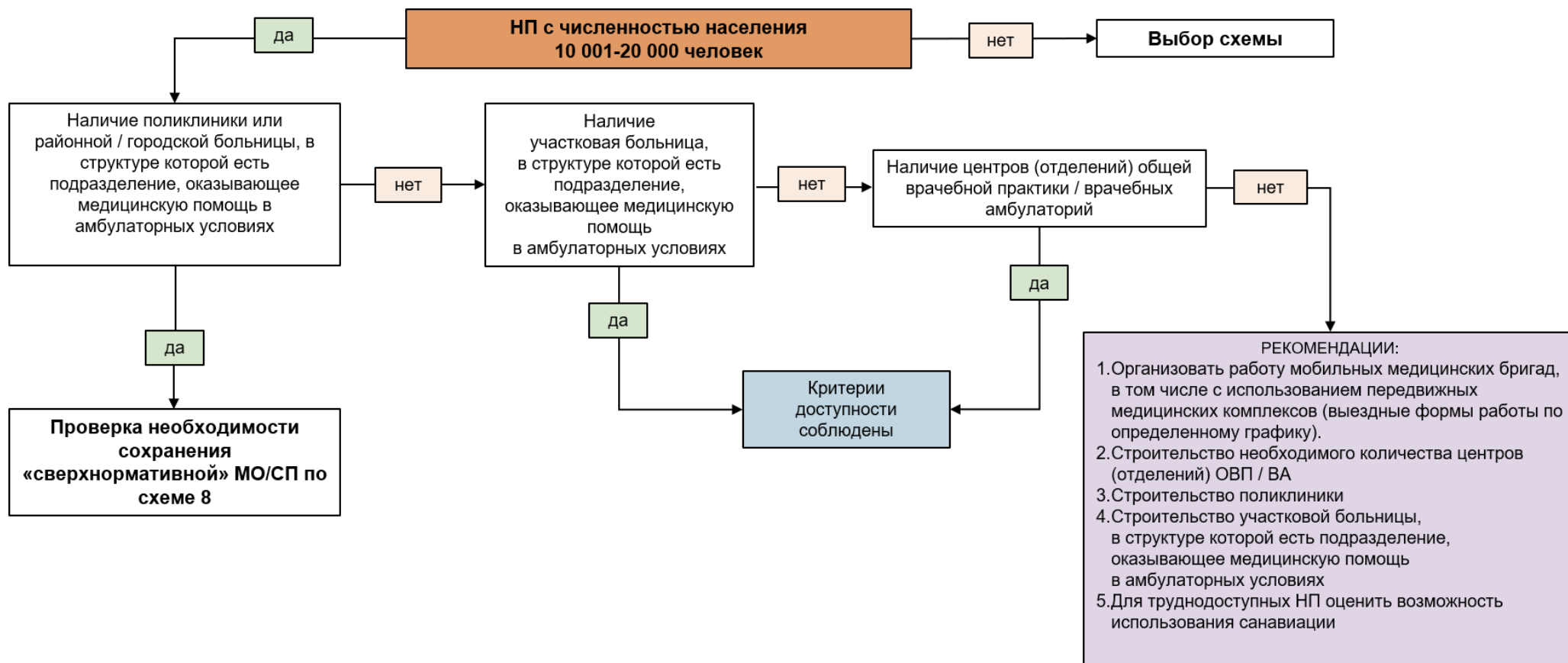
На рисунке 12 представлена схема 8 для проведения оценки потребности сохранения существующих «сверхнормативных» МО/СП для НП с численностью населения 1001-20 000 человек.

В соответствии со схемой 8 важными критериями принятия решения по сохранению существующей «сверхнормативной» МО/СП в НП являются наличие доступного транспортного сообщения с кратностью движения общественного транспорта не реже 2-х раз в день и удаленность от НП с МО/СП аналогичного уровня.

Таким образом, применение комплексного подхода при оценке размещения МО/СП с учетом региональных климатических, географических, инфраструктурных, социальных, демографических особенностей и иных критериев, позволяет разрабатывать оптимальные схемы размещения МО/СП, оказывающих ПМСП.

С учетом проведения оценки потребности сохранения существующих «сверхнормативных» МО/СП возможно разрабатывать планы мероприятий по повышению доступности ПМСП, среди которых можно выделить нормативно-правовые, организационно-управленческие, материально-технические, градостроительные и инфраструктурные мероприятия.





**Рисунок 10. Схема 6 для проведения оценки доступности ПМСП в НП с численностью населения 10 001-20 000 человек**







## 7. Методика оценки доступности первичной медико-санитарной помощи в малых населенных пунктах

Проблема рационального территориального планирования при сохранении доступности ПМСП, как важной составляющей удовлетворенности МП, требует комплексного подхода и учета региональных климатических, географических, инфраструктурных, социальных, демографических особенностей, обеспеченности медицинскими кадрами.

НП с численностью населения до 10 000 жителей (далее – малые поселения) часто находятся в труднодоступной местности и имеют высокие риски снижения доступности ПМСП при несистемном подходе к территориальному планированию.

Указанные предпосылки требуют выработки подхода к оценке достаточности существующих возможностей системы здравоохранения и ранжирования мероприятий территориального планирования в малых поселениях. Методика определения доступности объектов ПМСП в малых поселениях (далее – Методика) разработана с учетом актуальных нормативов ресурсной обеспеченности МО и их СП, а также позволяет учитывать региональную специфику в части климатогеографических особенностей и транспортной доступности.

Методика применима для оценки текущего состояния и ранжирования МО (СП), расположенных в малых поселениях региона с численностью жителей ниже уровня, предусмотренного приказами Минздрава России № 543н и № 132н для размещения в них МО и СП.

Перед началом проведения оценки определяется перечень приоритетных критериев доступности ПМСП в малых поселениях и их целевое состояние. В Таблице 3 приводится рекомендуемый перечень критериев, который может быть дополнен и расширен с учетом региональной специфики.

**Таблица 3. Рекомендуемый перечень критериев для оценки доступности ПМСП в МО (СП) малых поселений**

Критерий	Вопрос для анкетирования	Целевое состояние
1. Соответствие типа МО и численности населения	Фактическое обслуживаемое население, чел.	Не менее 70% от порогового значения для соответствующего типа МО (СП):
2. Доступность иной МО(СП)	Удаленность от ближайшей МО, км	Ближайшая МО (СП) в шаговой доступности (не более 6 км)
3. Доступность общественного транспорта	Наличие общественного транспорта и кратность движения	Общественный транспорт регулярно отправляется два и более раз в день
4. Дорожное сообщение	Наличие дороги общего пользования	Есть дорога общего пользования
5. Кадровое обеспечение МО(СП)	Наличие постоянно проживающих в данном	Есть постоянно проживающий медицинский работник

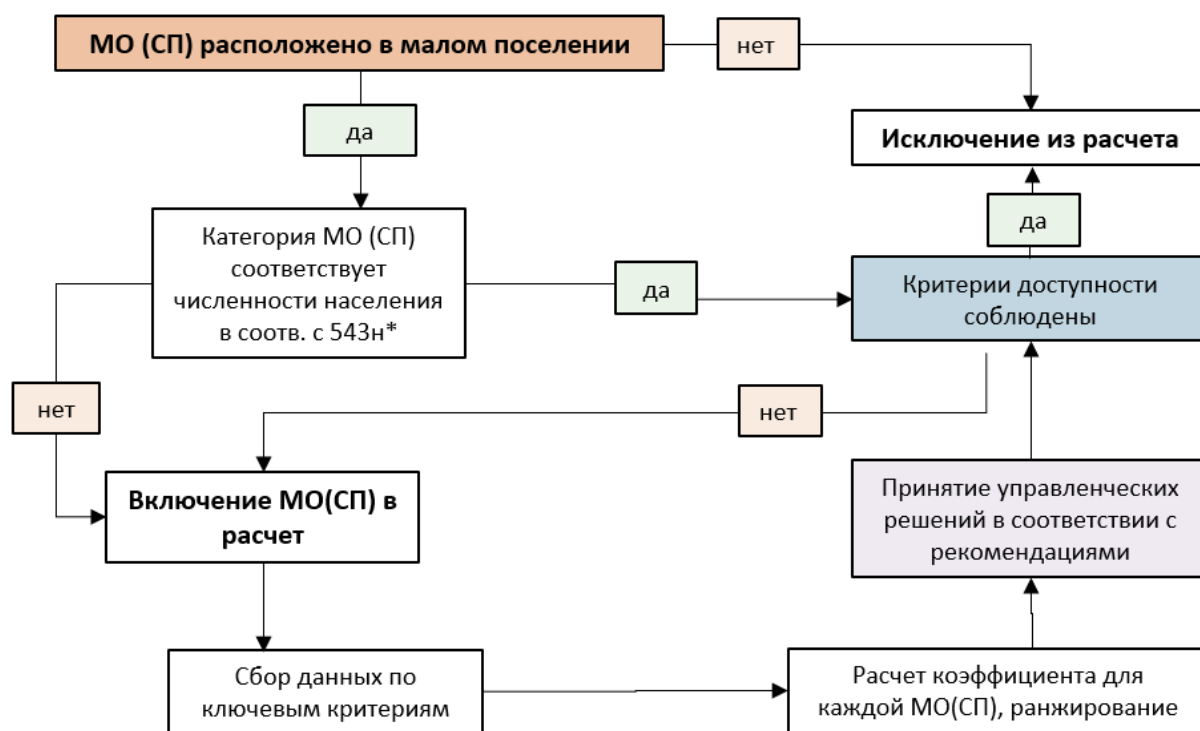
Критерий	Вопрос для анкетирования	Целевое состояние
	населенном пункте медработников	
6. Мобильные медицинские бригады	Наличие мобильных медицинских бригад для данного населенного пункта	Есть мобильная медицинская бригада
7. Аварийность здания	Наличие заключения (акта) об аварийном состоянии здания	Здание МО не относится к ветхим, аварийным

При сборе информации о достижении критерия проводится сбор информации по МО (СП), расположенных в малых поселениях. По итогам анкетирования оценивается выполнение каждого  $j$ -го критерия доступности  $k_j$ :

$k_j=1$  если критерий в  $i$ -й МО (СП) выполнен;

$k_j=0$  если критерий в  $i$ -й МО (СП) не выполнен.

Общий алгоритм сбора и подготовки данных для проведения расчетов по Методике представлен на Рисунке 13.



\* Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 №543н

Рисунок 13. Алгоритм сбора данных для проведения расчетов

После сбора данных, формирования выборки МО (СП) и разметки выбранных критериев на предмет достижения целевого состояния проводится расчет коэффициента  $K_c$  для каждой МО (СП).

На первом шаге для каждого  $j$ -критерия рассчитывается весовое значение  $w_j$ , определяющее значимость критерия для всей совокупности рассматриваемых МО (СП) в регионе. Расчет весового значения проводится по формуле:

$$w_j = \frac{\sum k_j}{n}$$

где:

$k_j$  – выполнение критерия в МО (СП);

$n$  – общее число рассматриваемых МО (СП) малых поселений;

После расчета весовых значений по каждому  $j$ -му критерию проводится расчет суммы весов  $\Pi_i$  для  $i$ -й МО (СП):

$$\Pi_i = \sum w_j \cdot k_j$$

По итогу проведения расчета суммы весов  $\Pi_i$  можно провести расчет коэффициента  $K_{c\_i}$  для каждой  $i$ -й МО (СП):

$$K_{c\_i} = \frac{\Pi_i}{\Pi_{i\_max}}$$

где:

$\Pi_{i\_max}$  — максимальное значение  $\Pi_i$  среди рассматриваемых МО (СП).

По полученным значениями коэффициента соответствия  $K_{c\_i}$  проводится сопоставление, ранжирование и иные процедуры в рамках решения управленческих задач по территориальному планированию.

Таким образом, коэффициент соответствия  $K_c$  для каждой МО или СП может принимать значение от 0, когда не выполнен ни один из критериев, до 1, когда все выбранные критерии выполнены.

Далее рассмотрим алгоритм расчета по Методике на примере одного из регионов Российской Федерации.

Входные данные: по итогам анализа информации из статистических форм и сбора данных в регионе определено 104 организации, расположенные в малых поселениях с численностью жителей ниже уровня, предусмотренного приказами Минздрава России № 543н и № 132н для размещения в них МО и СП, в том числе 44 ФАПов, 24 участковые больницы, 31 врачебная амбулатория, 4 районных больницы и 1 центральная районная больница. Общий список критериев и весовых значений по каждому из них для рассматриваемого примера указан в таблице 4.

**Таблица 4. Значения весовых коэффициентов критериев МО (СП)**

№	Критерий	Кол-во МО (СП), выполнивших критерий	Общее кол-во МО (СП)	Вес критерия $w_j$
1	Соответствие типа МО и численности обслуживаемого населения при условии допустимого снижения численности участка на 30%	26	104	0,250
2	Ближайшая МО находится в шаговой доступности	1	104	0,010
3	Общественный транспорт доступен 2 и более раз в день	16	104	0,154
4	Наличие дороги общего пользования	101	104	0,971
5	Наличие постоянно проживающего в данном НП медицинского работника	72	104	0,692
6	Наличие мобильной медицинской бригады	59	104	0,567
7	Здание МО не отнесено к ветхим, аварийным	99	104	0,952
Всего		-	104	3,596

Для расчета весовых значений для каждого из установленных критериев  $w_j$  посчитано количество МО (СП), в которых установленный критерий выполняется. На примере критерия доступности общественного транспорта 2 и более раз в день (возможность прибыть/убыть пациенту в МО или СП в течении дня) весовое значение критерия составляет:

$$w_j = \frac{\sum_{i=1}^n k_j}{n} = \frac{16}{104} = 0,154.$$

**Таблица 5. Пример результатов расчета коэффициента соответствия для ФАП внутри одной МО**

Наименование показателя	Вес показателя	Выполнение показателя для МО (СП)		
		ФАП села А	ФАП села Б	ФАП села В
Фактическое обслуживаемое население, чел.	абс.	55	59	92
1. Соответствие типа МО и численности обслуживаемого населения	0,250	k=0	k=0	k=1
Удаленность от ближайшей МО, км	абс.	95	146	8

Наименование показателя	Вес показателя	Выполнение показателя для МО (СП)		
		ФАП села А	ФАП села Б	ФАП села В
2. Ближайшая МО в шаговой доступности	0,010	k=0	k=0	k=0
Наличие общественного транспорта и кратность движения	абс.	Нет	1 раз	1 раз
3. Общественный транспорт доступен 2 и более раз в день	0,154	k=0	k=0	k=0
Наличие дороги общего пользования	абс.	Отсутствует	Наличие	Наличие
4. Есть дорога общего пользования	0,971	k=0	k=1	k=1
Наличие постоянно проживающих в НП медработников	абс.	Отсутствует	Наличие	Наличие
5. Есть постоянно проживающий работник	0,692	k=0	k=1	k=1
Наличие мобильных медицинских бригад	абс.	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует
6. Есть мобильная медицинская бригада	0,567	k=0	k=0	k=0
Наличие заключения об аварийном состоянии здания	абс.	Нет	Да	Да
7. Здание МО не относится к ветхим, аварийным	0,952	k=1	k=0	k=0
Сумма весов по всем показателям	$\Pi_{i\_max} = 3,433$	0,952	1,663	1,913
Коэффициент соответствия		0,28	0,48	0,56

На примере ФАПа села В можно увидеть, что 3 из 7 критериев выполняются: ФАП располагается в населенном пункте с числом жителей ниже порогового, но выше допустимого уровня снижения участка на 30%, а также имеет доступ к дорогам общего пользования и возможностью оказания медицинской помощи мобильной медицинской бригадой, при этом здание относится к ветхим, ближайшая МО вне шаговой доступности, общественный транспорт доступен реже 2 раз в день или отсутствует, медицинский работник не проживает постоянно в населенном пункте.

Таким образом для ФАПа села В сумма весов  $\Pi_i$  составит:

$$\Pi_i = \sum w_j \cdot k_j = 0,25 \cdot 1 + 0,01 \cdot 0 + 0,154 \cdot 0 + 0,971 \cdot 1 + 0,692 \cdot 1 + 0,567 \cdot 0 + 0,952 \cdot 0 = 1,913$$

После того, как по каждой МО или СП была рассчитана сумма весов  $\Pi_i$ , определяется максимальный показатель суммы весов  $\Pi_{i_{max}}$  среди всех МО или СП. В рассматриваемом примере не было ни одной МО (СП), в которой все критерии были бы достигнуты. Наибольшее значение  $\Pi_i$  оказалось у МО(СП), в которых достигнуты критерии за исключением доступности общественного транспорта и наличия ближайшей МО в шаговой доступности. Таким образом  $\Pi_{i_{max}}$  составляет:

$$\Pi_{i_{max}} = \sum w_j \cdot k_j =$$

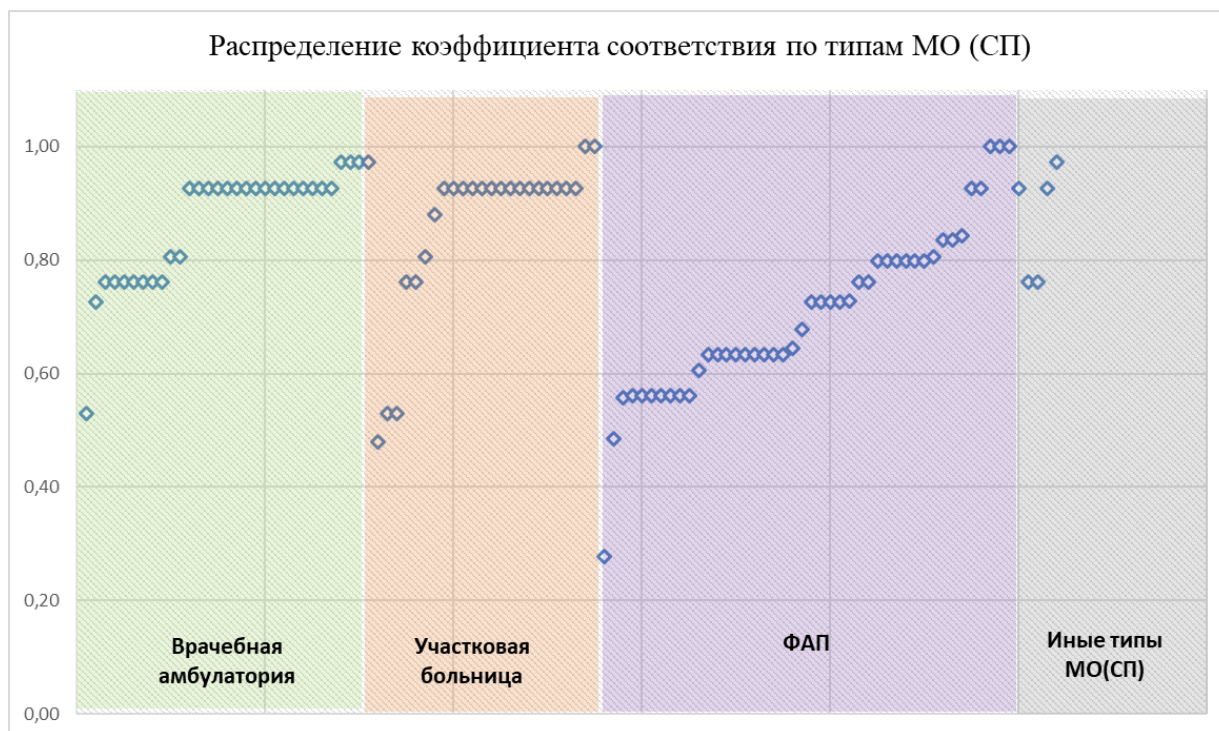
$$0,25 \cdot 1 + 0,01 \cdot 0 + 0,154 \cdot 0 + 0,971 \cdot 1 + 0,692 \cdot 1 + 0,567 \cdot 1 + 0,952 \cdot 1 = 3,433$$

С учетом максимального значения  $\Pi_{i_{max}}$  проводится расчет коэффициента  $K_{c_i}$  для каждой из рассматриваемых МО (СП) таким образом, чтобы итоговое значение находилось в пределах между 0 и 1.

Рассчитаем  $K_{c_i}$  для ФАП села В:

$$K_{c_i} = \frac{\Pi_i}{\Pi_{i_{max}}} = \frac{1,913}{3,433} = 0,56$$

Полученные значения коэффициента  $K_{c_i}$  позволяют ранжировать МО и СП для определения приоритетности принятия управленческих решений. Графическое отображение результатов расчетов по рассматриваемому примеру приведено на рисунке 14.



**Рисунок 14. Графическое отображение результатов расчета  $K_{c_i}$**

Каждая точка на графике отображает конкретную МО или СП, расположенные в малом поселении из 104 рассматриваемых МО (СП).



Системный анализ достижения критериев позволяет определить ключевые проблемы для данных организаций. В рассматриваемом примере это отсутствие ближайшей МО в шаговой доступности, наличие мобильных бригад и доступность общественного транспорта. Меры могут быть как точечными, касающимися отдельных МО или СП, так и системными – на уровне муниципального округа или региона.

Таким образом, Методика позволяет сопоставлять результаты реализации или отсутствия реализованных мероприятий по обеспечению доступности МО(СП), участвующих в оказании ПМСП, в различные временные периоды в рамках установленных объемов и нормативных сроков ожидания в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.