

УТВЕРЖДЕНА
постановлением
Правительства
Хабаровского края
от 30 декабря 2020 г. № 587-пр

ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
государственных гарантий бесплатного оказания гражданам
медицинской помощи на территории Хабаровского края на 2021 год и на
плановый период 2022 и 2023 годов

1. Общие положения

В соответствии с частью 2 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. В связи с чем, разработана Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Хабаровского края на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов (далее – Территориальная программа).

Настоящая Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Хабаровского края на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов устанавливает перечень видов, форм и условий медицинской помощи, предоставление которой осуществляется бесплатно, перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, территориальные нормативы объема медицинской помощи, территориальные нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, территориальные подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, порядок и условия предоставления медицинской помощи, критерии доступности и качества медицинской помощи.

Настоящая Территориальная программа сформирована с учетом порядков оказания медицинской помощи, на основе стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Хабаровского края (далее также – край), основанных на данных медицинской статистики, климатических и географических особенностей края, транспортной доступности медицинских организаций.

Территориальная программа и ее приложения должны находиться в каждой медицинской организации края, ознакомление с ними должно быть доступно каждому пациенту (информация должна быть размещена на стендах, в регистратуре, приемных отделениях, официальных сайтах медицинских организаций).

В соответствии с Конституцией Российской Федерации в совместном ведении Российской Федерации и Хабаровского края находится координация вопросов здравоохранения, в том числе обеспечение оказания доступной и качественной медицинской помощи, сохранение и укрепление общественного здоровья, создание условий для ведения здорового образа жизни, формирования культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью. Органы местного самоуправления обеспечивают в пределах своей компетенции доступность медицинской помощи.

В соответствии с нормами трудового законодательства Российской Федерации предусмотрена индексация заработной платы в целях обеспечения повышения уровня реального содержания заработной платы.

При решении вопроса об индексации заработной платы медицинских работников медицинских организаций, подведомственных министерству здравоохранения Хабаровского края, обеспечивается в приоритетном порядке индексация заработной платы медицинских работников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и скорую медицинскую помощь.

Индексация заработной платы осуществляется с учетом фактически сложившегося уровня отношения средней заработной платы медицинских работников к среднемесячной начисленной заработной плате работников в организациях, у индивидуальных предпринимателей и физических лиц (среднемесячному доходу от трудовой деятельности) по краю.

В условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, Правительство Российской Федерации вправе установить особенности реализации базовой программы обязательного медицинского страхования (далее – базовая программа ОМС).

2. Состав Территориальной программы

Настоящая Территориальная программа включает в себя:

перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Хабаровского края в 2021 году, в том числе территориальной программы обязательного медицинского страхования, и перечень медицинских организаций, проводящих профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию (приложение № 1);

порядок и условия предоставления медицинской помощи, включая сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме (приложение № 2);

целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Хабаровского края на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов (приложение № 3);

стоимость Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Хабаровского края на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов по источникам финансового обеспечения (приложение № 4);

утвержденную стоимость Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Хабаровского края по условиям ее оказания на 2021 год (приложение № 5);

территориальные нормативы объема медицинской помощи (приложение № 6);

перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и медицинские изделия отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой (приложение № 7);

нормативы объемов медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактическими и иными целями, на 1 жителя/застрахованное лицо на 2021 год (приложение № 8).

3. Перечень видов, форм и условий медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно

В рамках настоящей Территориальной программы (за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации) бесплатно предоставляются:

первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная;

специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;

скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;

паллиативная медицинская помощь, в том числе паллиативная первичная медицинская помощь, включая доврачебную и врачебную, и паллиативная специализированная медицинская помощь.

Понятие "медицинская организация" используется в настоящей Территориальной программе в значении, определенном в федеральных законах от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается бесплатно в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, в плановой и неотложной формах.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами).

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

Специализированная медицинская помощь оказывается бесплатно в стационарных условиях и в условиях дневного стационара врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

Высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, оказывается медицинскими организациями в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащим в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, являющимся приложением к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов (далее также – перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи).

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается медицинскими организациями государственной системы здравоохранения бесплатно.

При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, представляющая собой транспортировку граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовой период, новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий).

Медицинская эвакуация осуществляется выездными бригадами скорой медицинской помощи с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.

Паллиативная медицинская помощь оказывается бесплатно в амбулаторных условиях, в том числе на дому, в условиях дневного стационара и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи.

Медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, осуществляют взаимодействие с родственниками и иными членами семьи пациента или законным представителем пациента, лицами, осуществляющими уход за пациентом, добровольцами (волонтерами), а также организациями социального обслуживания, религиозными организациями, организациями, указанными в части 2 статьи 6 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Феде-

рации", в том числе в целях предоставления такому пациенту социальных услуг, мер социальной защиты (поддержки) в соответствии с законодательством Российской Федерации, мер психологической поддержки и духовной помощи.

Медицинская организация, к которой пациент прикреплен для получения первичной медико-санитарной помощи, организует оказание ему паллиативной первичной медицинской помощи медицинскими работниками, включая медицинских работников фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий и иных подразделений медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, во взаимодействии с выездными патронажными бригадами медицинских организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, и во взаимодействии с медицинскими организациями, оказывающими паллиативную специализированную медицинскую помощь.

Медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь, в том числе паллиативную, в случае выявления пациента, нуждающегося в паллиативной первичной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому, за 3 дня до осуществления выписки указанного пациента из медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь, в том числе паллиативную, в стационарных условиях и условиях дневного стационара, информируют о нем медицинскую организацию, к которой такой пациент прикреплен для получения первичной медико-санитарной помощи, или близлежащую к месту его пребывания медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь.

За счет бюджетных ассигнований краевого бюджета такие медицинские организации и их подразделения обеспечиваются медицинскими изделиями, предназначенными для поддержания функций органов и систем организма человека, для использования на дому по перечню, утверждаемому Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также необходимыми лекарственными препаратами, в том числе наркотическими лекарственными препаратами и психотропными лекарственными препаратами, используемыми при посещениях на дому.

Мероприятия по развитию паллиативной медицинской помощи осуществляются в рамках государственной программы Хабаровского края "Развитие здравоохранения Хабаровского края", утвержденной постановлением Правительства Хабаровского края от 22 октября 2013 г. № 350-пр, включающей указанные мероприятия, а также целевые показатели их результативности.

В целях оказания гражданам, находящимся в стационарных организа-

циях социального обслуживания, медицинской помощи осуществляется взаимодействие стационарных организаций социального обслуживания с близлежащими медицинскими организациями.

Лицам, находящимся в стационарных организациях социального обслуживания, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования с привлечением близлежащих медицинских организаций проводится диспансеризация, а при наличии хронических заболеваний – диспансерное наблюдение в соответствии с порядками, установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

При выявлении в рамках диспансеризации и диспансерного наблюдения показаний к оказанию специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи лица, находящиеся в стационарных организациях социального обслуживания, переводятся в специализированные медицинские организации в установленные разделом 5 Приложения № 2 настоящей Территориальной программы сроки.

Лицам с психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе находящимся в стационарных организациях социального обслуживания, а также в условиях сопровождаемого проживания, включая совместное проживание таких лиц в отдельных жилых помещениях, за счет бюджетных ассигнований краевого бюджета проводится диспансерное наблюдение медицинскими организациями, оказывающими первичную специализированную медико-санитарную помощь при психических расстройствах и расстройствах поведения, во взаимодействии с врачами – психиатрами стационарных организаций социального обслуживания в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Лицам с психическими расстройствами и расстройствами поведения, проживающими в сельской местности, рабочих поселках и поселках городского типа, организация медицинской помощи, в том числе по профилю "психиатрия", осуществляется во взаимодействии медицинских работников, включая медицинских работников фельдшерских пунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий и отделений (центров, кабинетов) общей врачебной практики, с медицинскими организациями, оказывающими первичную специализированную медико-санитарную помощь при психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе силами выездных психиатрических бригад, в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации.

При организации медицинскими организациями, оказывающими первичную специализированную медико-санитарную помощь при психических расстройствах и расстройствах поведения, медицинской помощи лицам с психическими расстройствами и расстройствами поведения, проживающим в

сельской местности, рабочих поселках и поселках городского типа, осуществляется лекарственное обеспечение таких пациентов, в том числе доставка лекарственных препаратов по месту жительства.

Лицам, находящимся в стационарных организациях социального обслуживания, за счет краевого бюджета предоставляется зубопротезирование в соответствии с законодательством Российской Федерации о социальном обслуживании граждан в Российской Федерации.

Медицинская помощь оказывается в следующих формах:

экстренная – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

неотложная – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;

плановая – медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

4. Перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, и категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно

Гражданин имеет право на бесплатное получение медицинской помощи по видам, формам и условиям ее оказания в соответствии с разделом 3 настоящей Территориальной программы при следующих заболеваниях и состояниях:

инфекционные и паразитарные болезни;

новообразования;

болезни эндокринной системы;

расстройства питания и нарушения обмена веществ;

болезни нервной системы;

болезни крови, кроветворных органов;

отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;

болезни глаза и его придаточного аппарата;

болезни уха и сосцевидного отростка;

болезни системы кровообращения;

болезни органов дыхания;

болезни органов пищеварения, в том числе болезни полости рта, слюнных желез и челюстей (за исключением зубного протезирования);

болезни мочеполовой системы;
болезни кожи и подкожной клетчатки;
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия
внешних причин;
врожденные аномалии (пороки развития);
деформации и хромосомные нарушения;
беременность, роды, послеродовой период и аборты;
отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период;
психические расстройства и расстройства поведения;
симптомы, признаки и отклонения от нормы, не отнесенные к заболе-
ваниям и состояниям.

Гражданин Российской Федерации имеет право не реже одного раза в год на бесплатный профилактический медицинский осмотр, в том числе в рамках диспансеризации.

В соответствии с законодательством Российской Федерации отдельные категории граждан имеют право на:

обеспечение лекарственными препаратами (в соответствии с разделом б настоящей Территориальной программы);

профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию - определенные группы взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше), в том числе работающие и неработающие граждане, обучающиеся в образовательных организациях по очной форме;

медицинские осмотры, в том числе профилактические медицинские осмотры, в связи с занятиями физической культурой и спортом - несовершеннолетние;

диспансеризацию - пребывающие в стационарных учреждениях дети-сироты и дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации, а также дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, в том числе усыновленные (удочеренные), принятые под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;

диспансерное наблюдение - граждане, страдающие социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих; а также лица, страдающие хроническими заболеваниями (включая дистанционное наблюдение граждан трудоспособного возраста с артериальной гипертензией высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений с 2022 года), функциональными расстройствами и иными состояниями;

пренатальную (дородовую) диагностику нарушений развития ребенка - беременные женщины;

неонатальный скрининг на 5 наследственных и врожденных заболеваний – новорожденные дети;

аудиологический скрининг – новорожденные дети и дети первого года жизни.

Беременные женщины, обратившиеся в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь по профилю "акушерство и гинекология" в амбулаторных условиях, имеют право на получение правовой, психологической и медико-социальной помощи, в том числе по профилактике прерывания беременности, в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

5. Территориальная программа обязательного медицинского страхования

Территориальная программа обязательного медицинского страхования (далее также – территориальная программа ОМС) является составной частью настоящей Территориальной программы.

В рамках территориальной программы ОМС:

гражданам (застрахованным лицам) оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, включенная в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования, при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе 4 настоящей Территориальной программы, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения;

осуществляются профилактические мероприятия, включая диспансеризацию, диспансерное наблюдение (при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе 4 настоящей Территориальной программы, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения) и профилактические медицинские осмотры граждан, в том числе их отдельных категорий, указанных в разделе 4 настоящей Территориальной программы, мероприятия по медицинской реабилитации, осуществляемой в медицинских организациях амбулаторно, стационарно и в условиях дневного стационара, аудиологическому скринингу, а также по применению вспомогательных репродуктивных техноло-

гий (экстракорпорального оплодотворения), включая обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Порядок формирования и структура тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее также – ОМС) устанавливаются в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

Тарифы на оплату медицинской помощи, за исключением тарифов на оплату специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой при заболеваниях, состояниях (группах заболеваний, состояний) в стационарных условиях и условиях дневного стационара в рамках базовой программы ОМС медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляет Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти (далее соответственно – специализированная медицинская помощь в рамках базовой программы ОМС, федеральная медицинская организация) устанавливаются в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" тарифным соглашением, заключаемым между уполномоченным органом исполнительной власти края, Хабаровским краевым фондом обязательного медицинского страхования, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", и профессиональными союзами медицинских работников или их объединений (ассоциаций), представители которых включены в состав комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Хабаровском крае (далее – соглашение о тарифах на оплату медицинской помощи по ОМС на территории Хабаровского края), утвержденный постановлением Правительства Хабаровского края от 23 марта 2012 г. № 71-пр "О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Хабаровском крае", в порядке, установленном законодательством Российской Федерации и Хабаровского края.

Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС формируются в соответствии с принятыми в территориальной программе ОМС способами оплаты медицинской помощи и в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

медицинским работникам фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Министерство здравоохранения Хабаровского края обеспечивает организацию работы медицинских организаций по проведению профилактических мероприятий в медицинских организациях, которым комиссией по разработке территориальной программы ОМС в Хабаровском крае установлены плановые объемы для проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, организацию прохождения гражданами профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, в том числе в вечерние часы и субботу, а также предоставление гражданам возможности дистанционной записи на медицинские исследования.

Профилактические мероприятия организуются в том числе для выявления болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний, формирующих основные причины смертности населения.

Информация о медицинских организациях, на базе которых граждане могут пройти профилактические медицинские осмотры, включая диспансеризацию, размещается на официальном сайте министерства здравоохранения Хабаровского края в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет".

При необходимости для проведения медицинских исследований в рамках прохождения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации могут привлекаться медицинские работники медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь.

Оплата труда медицинских работников по проведению профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, осуществляется в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации с учетом работы за пределами установленной для них продолжительности рабочего времени.

При реализации территориальной программы ОМС на территории края применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС:

при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи);

- за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

- за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований – компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного)

материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии) (далее – отдельные диагностические (лабораторные) исследования);

при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистические группы заболеваний);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа;

при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистические группы заболеваний);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа;

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.

Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи в соответствии с объемом медицинских исследований, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими осмотрами федерального проекта "Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи" национального проекта "Здравоохранение").

При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имею-

щих в составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию, может применяться способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи. При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований, а также средства на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских консультаций.

Распределение объема отдельных диагностических (лабораторных) исследований между медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, осуществляется при наличии в имеющейся у медицинской организации лицензии на медицинскую деятельность указания на соответствующие работы (услуги).

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований осуществляется лечащим врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную, при наличии медицинских показаний, в установленные настоящей Территориальной программой сроки.

Порядок оплаты медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной программы ОМС, определяется соглашением о тарифах на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Хабаровского края.

Финансовое обеспечение территориальной программы ОМС осуществляется в соответствии с разделом 6 настоящей Территориальной программы.

Территориальная программа ОМС включает:

нормативы объемов предоставления медицинской помощи в том числе специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара, оказываемой федеральными медицинскими организациями, в расчете на 1 застрахованное лицо (в соответствии с разделом 7 настоящей Территориальной программы);

нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи (в том числе по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи), включая нормативы финансовых затрат на единицу

объема предоставления специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара, оказываемой федеральными медицинскими организациями, а также нормативы финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо, в том числе на оказание медицинской помощи федеральными медицинскими организациями (в соответствии с разделом 8 настоящей Территориальной программы);

требования к условиям оказания медицинской помощи (в соответствии с приложением № 2 к настоящей Территориальной программе);

критерии доступности и качества медицинской помощи (в соответствии с приложением № 3 к настоящей Территориальной программе).

Направление граждан в федеральные медицинские организации осуществляется в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам, получающим специализированную медицинскую помощь в плановой форме в федеральной медицинской организации, осуществляется безотлагательно и оплачивается по тарифам, порядок установления которых представлен в разделе 8 Территориальной программы и перечнем заболеваний и состояний (групп заболеваний и состояний) в соответствии с разделом 4 Территориальной программы.

В случае выявления у пациента, которому оказывается специализированная медицинская помощь в федеральной медицинской организации, иного заболевания, не позволяющего оказать ему медицинскую помощь в плановой форме в этой медицинской организации, пациент может быть переведен в иную медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь по соответствующему профилю.

В территориальной программе ОМС нормативы объема предоставления медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи и норматив финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо устанавливаются с учетом структуры заболеваемости в крае.

Нормативы объема предоставления медицинской помощи, за исключением специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой федеральными медицинскими организациями, включают нормативы объема предоставления медицинской помощи застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС.

6. Финансовое обеспечение Территориальной программы

Источниками финансового обеспечения настоящей Территориальной программы являются средства краевого бюджета и средств ОМС.

За счет средств ОМС в рамках территориальной программы ОМС:

застрахованным лицам, в том числе находящимся в стационарных организациях социального обслуживания, оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, включенная в раздел I перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащий в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, установленное постановлением Правительства Российской Федерации от № "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов" (далее – раздел I перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, Программа соответственно), при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе 4 настоящей Территориальной программы, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения;

осуществляется финансовое обеспечение профилактических мероприятий, включая диспансеризацию, диспансерное наблюдение (при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе 4 настоящей Территориальной программы, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения) и профилактические медицинские осмотры граждан, в том числе их отдельных категорий, указанных в разделе 4 настоящей Территориальной программы, а также мероприятий по медицинской реабилитации, осуществляемой в медицинских организациях амбулаторно, стационарно и в условиях дневного стационара, аудиологическому скринингу, применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации.

За счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе за счет межбюджетных трансфертов из федерального бюджета, предоставляемых бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования, осуществляется финансовое обеспечение оказания медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими

рекомендациями (протоколами лечения).

В целях обеспечения доступности и качества медицинской помощи застрахованным лицам объем специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи распределяются между медицинскими организациями, для каждой медицинской организации в объеме, сопоставимом с объемом предыдущего года.

За счет бюджетных ассигнований краевого бюджета осуществляется финансовое обеспечение:

скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, не включенной в территориальную программу ОМС, санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в территориальной программе ОМС;

скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию лицам;

первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в части медицинской помощи при заболеваниях, не включенных в базовую программу ОМС (заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения, связанные в том числе с употреблением психоактивных веществ, включая профилактические медицинские осмотры обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также в образовательных организациях высшего образования в целях раннего (своевременного) выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ), в том числе в отношении лиц, находящихся в стационарных организациях социального обслуживания, включая медицинскую помощь, оказываемую выездными психиатрическими бригадами, и в части расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в территориальной программе ОМС;

паллиативной медицинской помощи, оказываемой амбулаторно, в том числе на дому, включая медицинскую помощь, оказываемую выездными патронажными бригадами, в дневном стационаре и стационарно, включая койки паллиативной медицинской помощи и койки сестринского ухода;

высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях Хабаровского края, подведомственных министерству здравоохранения Хабаровского края, в соответствии с разделом II перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащий в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, установленного проектом постановления Прави-

тельства Российской Федерации "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов" (далее – раздел II перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи);

предоставления в медицинских организациях, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, государственной и муниципальной систем здравоохранения психологической помощи пациенту, получающему паллиативную медицинскую помощь, и членам семьи пациента, а также медицинской помощи врачами-психотерапевтами пациенту и членам семьи пациента или членам семьи пациента после его смерти в случае их обращения в медицинскую организацию.

Финансовое обеспечение оказания социальных услуг и предоставления мер социальной защиты (поддержки) пациента, в том числе в рамках деятельности выездных патронажных бригад, осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

За счет бюджетных ассигнований краевого бюджета осуществляются:

обеспечение граждан зарегистрированными в установленном порядке на территории Российской Федерации лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или к их инвалидности, в соответствии с законодательством Российской Федерации и Хабаровского края;

обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и медицинские изделия в соответствии с законодательством Российской Федерации отпускаются по рецептам врачей бесплатно;

обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой, в порядке, установленном законодательством Хабаровского края;

пренатальная (дородовая) диагностика нарушений развития ребенка у беременных женщин, неонатальный скрининг на пять наследственных и врожденных заболеваний в части исследований и консультаций, осуществляемых медико-генетическими центрами (консультациями), а также медико-генетических исследований в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций;

зубопротезирование отдельным категориям граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе лицам, находящимся в стационарных организациях социального обслуживания;

предоставление в рамках оказания паллиативной медицинской помощи для использования на дому медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, по перечню, утверждаемому Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также обеспечение лекарственными препаратами для обезболивания, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты, при посещениях на дому;

компенсация расходов отдельным категориям граждан Хабаровского края на проезд в медицинские организации, расположенные на территории Хабаровского края и за его пределами.

В рамках настоящей Территориальной программы за счет бюджетных ассигнований краевого бюджета и средств ОМС (по видам и условиям оказания медицинской помощи, включенным в территориальную программу ОМС) осуществляется финансовое обеспечение проведения осмотров врачами и диагностических исследований в целях медицинского освидетельствования лиц, желающих усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей, оставшихся без попечения родителей, медицинского обследования детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, помещаемых под надзор в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей; граждан, выразивших желание стать опекуном или попечителем совершеннолетнего недееспособного или не полностью дееспособного гражданина, а также проведения обязательных диагностических исследований и оказания медицинской помощи гражданам при постановке их на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу по контракту или приравненную к ней службу, поступлении в военные профессиональные образовательные организации или военные образовательные организации высшего образования, заключении с Министерством обороны Российской Федерации договора об обучении в военном учебном центре при федеральной государственной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки или в военной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки сержантов, старшин запаса либо программе военной подготовки солдат, матросов запаса, призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу, за исключением медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной или приравненной к ней службе.

Кроме того, за счет бюджетных ассигнований краевого бюджета осуществляется оказание медицинской помощи и предоставление иных государственных услуг (работ) в соответствии с утверждаемыми в установленном порядке общероссийским базовым (отраслевым) перечнем (классификато-

ром) государственных и муниципальных услуг, оказываемых физическим лицам, и региональным перечнем (классификатором) государственных (муниципальных) услуг, не включенных в общероссийский базовый (отраслевой) перечень (классификатор) государственных и муниципальных услуг и работ, оказываемых (выполняемых) находящимися в ведении министерства здравоохранения Хабаровского края краевыми государственными учреждениями в качестве основных видов деятельности, входящими в номенклатуру учреждений здравоохранения, утверждаемую Министерством здравоохранения Российской Федерации, за исключением видов медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС, а также осуществляется финансовое обеспечение расходов медицинских организаций, из них на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря), в случае применения телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи, проведение лабораторных исследований отдельных категорий граждан, в целях выявления заболеваний, представляющих опасность для окружающих, в том числе осуществляется предоставление иных государственных услуг (работ), предусмотренных стандартами и порядками оказания медицинской помощи, в патологоанатомических отделениях многопрофильных медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования (при этом финансовое обеспечение проведения прижизненных гистологических и цитологических исследований пациентов осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования).

7. Территориальные нормативы объема медицинской помощи

Территориальные нормативы объема медицинской помощи по видам, условиям и формам ее оказания в целом по Территориальной программе определяются в единицах объема в расчете на одного жителя в год, по территориальной программе ОМС – в расчете на одно застрахованное лицо и составляют:

1) для скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию, на 2021, 2022, 2023 годы в рамках территориальной программы ОМС – 0,29 вызова на одно застрахованное лицо; за счет бюджетных ассигнований краевого бюджета на 2021, 2022, 2023 годы – 0,004 вызова на одного жителя края;

2) для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой:

2.1) с профилактической и иными целями (включая посещения, связанные с профилактическими мероприятиями, в том числе посещения центров здоровья, а также посещения среднего медицинского персонала и разовые посещения в связи с заболеваниями, в том числе при заболеваниях полости

рта, слюнных желез и челюстей, за исключением зубного протезирования, а также посещения центров амбулаторной онкологической помощи):

2.1.1) за счет бюджетных ассигнований краевого бюджета на 2021, 2022, 2023 годы – 0,73 посещения на одного жителя (включая медицинскую помощь, оказываемую выездными психиатрическими бригадами), из них для паллиативной медицинской помощи, в том числе на дому, на 2021, 2022, 2023 годы – 0,076 посещения на одного жителя, в том числе при осуществлении посещений на дому выездными патронажными бригадами, на 2021 – 0,0062 посещения на одного жителя; на 2022 год – 0,0072 посещения на одного жителя, на 2023 год – 0,008 посещения на одного жителя;

2.1.2) в рамках территориальной программы ОМС на 2021, 2022, 2023 годы – 2,93 посещения, для проведения профилактических медицинских осмотров, на 2021 год – 0,26 комплексного посещения на одно застрахованное лицо, на 2022, 2023 годы – 0,274 комплексного посещения на одно застрахованное лицо;

для проведения диспансеризации, на 2021 год – 0,19 комплексного посещения на одно застрахованное лицо, на 2022, 2023 годы – 0,261 комплексного посещения на одно застрахованное лицо;

для посещений с иными целями на 2021 год – 2,48 посещения на одно застрахованное лицо, на 2022, 2023 годы – 2,395 посещения на одно застрахованное лицо;

2.2) в неотложной форме в рамках территориальной программы ОМС на 2021, 2022, 2023 годы – 0,54 посещения на одно застрахованное лицо;

2.3) в связи с заболеваниями, обращений (обращение – законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее двух):

2.3.1) за счет бюджетных ассигнований краевого бюджета на 2021, 2022, 2023 годы – 0,144 обращения на одного жителя;

2.3.2) в рамках территориальной программы ОМС на одно застрахованное лицо, включая медицинскую реабилитацию: на 2021, 2022, 2023 годы – 1,7877 обращения, которое включает проведение следующих отдельных диагностических (лабораторных) исследований в рамках территориальной программы ОМС на 2021, 2022, 2023 годы:

- компьютерная томография – 0,02833 исследования на одно застрахованное лицо;

- магнитно-резонансная томография – 0,01226 исследования на одно застрахованное лицо;

- ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы – 0,11588 исследования на одно застрахованное лицо;

- эндоскопическое диагностическое исследование – 0,04913 исследова-

ния на одно застрахованное лицо;

- молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний – 0,001184 исследования на одно застрахованное лицо;

- патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 0,01431 исследования на одно застрахованное лицо;

- тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) – 0,12441 исследования на одно застрахованное лицо;

3) для медицинской помощи в условиях дневных стационаров:

3.1) за счет бюджетных ассигнований краевого бюджета на 2021, 2022, 2023 годы – 0,004 случая лечения на одного жителя (включая случаи оказания паллиативной медицинской помощи в условиях дневного стационара);

3.2) в рамках территориальной и базовой программ ОМС:

на 2021 год – 0,063255 случая лечения на одно застрахованное лицо, в том числе:

для оказания медицинской помощи федеральными медицинскими организациями – 0,002181 случая лечения на одно застрахованное лицо*;

для оказания медицинской помощи медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций) – 0,061074 случая лечения;

на 2022 год – 0,063268 случая лечения на одно застрахованное лицо, в том числе:

для оказания медицинской помощи федеральными медицинскими организациями – 0,002181 случая лечения на одно застрахованное лицо*;

для оказания медицинской помощи медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций) – 0,061087 случая лечения на одно застрахованное лицо;

на 2023 год - 0,063282 случая лечения на одно застрахованное лицо, в том числе:

для оказания медицинской помощи федеральными медицинскими организациями – 0,002181 случая лечения на одно застрахованное лицо*;

для оказания медицинской помощи медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций) – 0,061101 случая лечения на одно застрахованное лицо;

3.2.1) в том числе для медицинской помощи по профилю "онкология" на 2021, 2022, 2023 годы – 0,007219 случая лечения на одно застрахованное лицо, в том числе:

на оказание медицинской помощи федеральными медицинскими орга-

низациями – 0,000284 случая лечения на одно застрахованное лицо*;

на оказание медицинской помощи медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций) – 0,006935 случая лечения на одно застрахованное лицо;

4) для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях:

4.1) за счет бюджетных ассигнований краевого бюджета на 2021, 2022, 2023 годы – 0,0146 случая госпитализации на одного жителя;

4.2) в рамках территориальной и базовой программ ОМС на 2021, 2022, 2023 годы – 0,17671 случая госпитализации на одно застрахованное лицо, в том числе для медицинской помощи, оказываемой:

федеральными медицинскими организациями – 0,011118 случая госпитализации на одно застрахованное лицо*;

медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций) – 0,165592 случая госпитализации на одно застрахованное лицо;

в том числе:

4.2.1) по профилю "онкология" на 2021, 2022, 2023 годы – 0,010576 случая госпитализации на одно застрахованное лицо, в том числе для медицинской помощи, оказываемой:

федеральными медицинскими организациями – 0,00109 случая госпитализации на одно застрахованное лицо*;

медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций) – 0,00949 случая госпитализации на одно застрахованное лицо;

4.2.2) для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "медицинская реабилитация", и реабилитационных отделениях медицинских организаций в рамках территориальной программы ОМС на 2021, 2022, 2023 годы – 0,005 случая госпитализации на одно застрахованное лицо (в том числе не менее 25 процентов для медицинской реабилитации детей в возрасте 0 - 17 лет с учетом реальной потребности), в том числе для медицинской помощи, оказываемой:

федеральными медицинскими организациями – 0,00056 случая госпитализации на одно застрахованное лицо*;

медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций) – 0,00444 случая госпитализации на одно застрахованное лицо;

5) медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении составляют на 2021 год – 0,000509 случая на одно застрахованное лицо, на 2022

год – 0,000522 случая на одно застрахованное лицо, на 2023 год – 0,000536 случая на одно застрахованное лицо, в том числе:

федеральным медицинскими организациями: на 2021, 2022, 2023 годы – 0,000059 случая на одно застрахованное лицо*;

медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций): на 2021 год – 0,00045 случая на одно застрахованное лицо, на 2022 год – 0,000463 случая на одно застрахованное лицо, на 2023 год – 0,000477 случая на одно застрахованное лицо;

б) для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях (включая койки паллиативной медицинской помощи и койки сестринского ухода) за счет бюджетных ассигнований краевого бюджета на 2021, 2022, 2023 годы – 0,092 койко-дня на одного жителя.

В территориальные нормативы объема медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований краевого бюджета, оказываемой в амбулаторных и стационарных условиях, включаются объемы медицинской помощи, оказываемой не застрахованным по ОМС гражданам в экстренной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, входящих в территориальную программу ОМС.

В целях обеспечения доступности медицинской помощи гражданам, проживающим в малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктах, а также в сельской местности, объемы медицинской помощи, оказанные с учетом использования санитарной авиации, телемедицинских технологий и передвижных форм оказания медицинской помощи, составляют 0,06 посещений на одного жителя.

При формировании территориальной программы ОМС учитывается объем специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров, оказываемой федеральными медицинскими организациями, в соответствии с установленными Программой нормативами.

8. Территориальные нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, территориальные подушевые нормативы финансирования

Территориальные нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Территориальной программой, на 2021 год составляют:

на один вызов скорой медицинской помощи за счет средств ОМС – 4 230,20 рубля;

на одно посещение при оказании медицинскими организациями (их

структурными подразделениями) медицинской помощи в амбулаторных условиях с профилактической и иными целями за счет средств краевого бюджета (включая расходы на оказание медицинской помощи выездными психиатрическими бригадами, расходы на оказание паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому) – 753,27 рубля, из них на одно посещение при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому (за исключением посещений на дому выездными патронажными бригадами) – 690,00 рубля, на одно посещение при оказании паллиативной медицинской помощи на дому выездными патронажными бригадами (без учета расходов на оплату социальных услуг, оказываемых социальными работниками, и расходов для предоставления на дому медицинских изделий) – 2 453,23 рубля;

за счет средств ОМС – 891,10 рубля, на одно комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров – 2 956,50 рубля, на одно комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний, – 3 398,80 рубля, на одно посещение с иными целями – 482,50 рубля;

- на одно посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств ОМС – 1 046,90 рубля;

на одно обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств краевого бюджета – 2 176,11 рублей, за счет средств ОМС – 2 346,50 рубля, включая средние нормативы финансовых затрат на проведение одного исследования:

- компьютерной томографии – 5 872,60 рубля;
- магнитно-резонансной томографии – 6 632,30 рубля;
- ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы – 1 062,60 рубля;
- эндоскопического диагностического исследования – 1 460,90 рубля;
- молекулярно-генетического исследования с целью диагностики онкологических заболеваний – 15 402,80 рублей;

- патологоанатомические исследования биопсийного материала (операционного) с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 3 304,80 рубля;

- тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) – 910,50 рубля;

на один случай лечения в условиях дневных стационаров за счет средств краевого бюджета – 20 877,50 рублей, за счет средств ОМС в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских органи-

заций) – 34 518,90 рубля, в федеральных медицинских организациях – 25 617,30 рубля*, на один случай лечения по профилю "онкология" за счет средств ОМС в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций) – 132 049,00 рубля, в федеральных медицинских организациях – 50 752,10 рубля*;

на один случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств краевого бюджета – 103 723,29 рубля, за счет средств ОМС в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций) – 56 258,90 рубля, в федеральных медицинских организациях – 56 680,90 рубля*, на один случай госпитализации по профилю "онкология" за счет средств ОМС в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций) – 171 113,00 рубля, в федеральных медицинских организациях – 90 958,40 рубля*;

на один случай госпитализации по медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "медицинская реабилитация", и реабилитационных отделений медицинских организаций за счет средств ОМС в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций) – 56 989,40 рубля, в федеральных медицинских организациях – 55 063,40 рубля*;

на один койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая койки паллиативной медицинской помощи и сестринского ухода), за счет средств краевого бюджета – 3 379,46 рубля.

Для расчета стоимости медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях и их обособленных подразделениях, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тыс. человек, применяются следующие коэффициенты дифференциации к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия указанных подразделений и расходов на их содержание и оплату труда персонала: для медицинских организаций, обслуживающих до 20 тыс. человек, – не менее 1,113, для медицинских организаций, обслуживающих свыше 20 тыс. человек, – не менее 1,04.

Для расчета стоимости медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой лицам в возрасте 65 лет и старше, применяется коэффициент дифференциации для подушевого норматива финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц в размере 1,6.

Финансовый размер обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным Министерством здравоохранения Российской Федерации, составляет в среднем на 2021 год:

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей, – 1 575,70 тыс. рублей;
- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1 500 жителей, – 2 496,30 тыс. рублей;
- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1 500 до 2 000 жителей, – 2 803,10 тыс. рублей.

Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих до 100 жителей, устанавливается соглашением о тарифах на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Хабаровского края.

При этом размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов должен обеспечивать сохранение достигнутого соотношения между уровнем оплаты труда отдельных категорий работников бюджетной сферы, определенных Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 "О мероприятиях по реализации государственной социальной политики", и уровнем средней заработной платы наемных работников в Хабаровском крае.

Территориальные нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Территориальной программой, на 2022, 2023 годы составляют:

на один вызов скорой медицинской помощи за счет средств ОМС – 4 420,90 рубля на 2022 год и 4 684,30 рубля на 2023 год;

на одно посещение с профилактической и иными целями при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств краевого бюджета (включая расходы на оказание медицинской помощи выездными психиатрическими бригадами, расходы на оказание паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому) – 752,12 рубля на 2022 – 2023 годы, из них на одно посещение при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому (за исключением посещений на дому выездными патронажными бригадами), – 690,00 рубля на 2022 – 2023 годы, на одно посещение при оказании паллиативной медицинской помощи на дому выездными патронажными бригадами (без учета расходов на оплату социальных услуг, оказываемых социальными работниками, и расходов для предоставления на дому медицинских изделий) – 2 112,50 рублей на 2022 год, 1 901,25 рублей на 2023 год;

за счет средств ОМС на 2022 год – 1 017,40 рубля, на 2023 год – 1 078,00 рубля, на одно комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров – 3 089,50 рубля на 2022 год, 3 273,40 рубля на 2023 год; на одно комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний, – 3 551,60 рубля на 2022 год, 3 763,00 рубля на 2023 год; на одно посещение с иными целями – 504,20 рубля на 2022 год, 534,30 рубля на 2023 год;

на одно посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств ОМС – 1 093,80 рубля на 2022 год и 1 159,00 рубля на 2023 год;

на одно обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств краевого бюджета – 2 172,78 рубля на 2022 – 2023 годы; за счет средств ОМС – 2 452,00 рубля на 2022 год и 2 597,90 рубля на 2023 год, включая средства на проведение одного исследования в 2022 – 2023 годах:

- компьютерной томографии – 6 136,50 рубля на 2022 год, 6 502,00 рубля на 2023 год;

- магнитно-резонансной томографии – 6 930,50 рубля на 2022 год, 7 343,20 рубля на 2023 год;

- ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы – 1 110,30 рубля на 2022 год, 1 176,40 рубля на 2023 год;

- эндоскопического диагностического исследования – 1 526,60 рубля на 2022 год, 1 617,50 рубля на 2023 год;

- молекулярно-генетического исследования в целях диагностики онкологических заболеваний – 16 095,30 рубля на 2022 год, 17 053,70 рубля на 2023 год;

- патологоанатомического исследования биопсийного материала (операционного) с целью диагностики онкологических заболеваний – 3 453,30 рубля на 2022 год, 3 659,00 рубля на 2023 год;

- тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) – 951,50 рубля на 2022 год, 1 008,00 рубля на 2023 год;

на один случай лечения в условиях дневных стационаров за счет средств краевого бюджета – 20 877,50 рублей на 2022, 2023 годы; за счет средств ОМС на 2022 год – в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций) 35 132,40 рубля, в федеральных медицинских организациях – 26 919,40 рубля* и на 2023 год в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций) –

36 917,60 рубля, в федеральных медицинских организациях – 28 057,40 рубля*,

на один случай лечения по профилю "онкология" за счет средств ОМС на 2022 год в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций) – 134 332,20 рубля, в федеральных медицинских организациях – 53 331,90 рубля* и на 2023 год в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций) – 140 988,00 рубля, в федеральных медицинских организациях – 55 586,40 рубля*;

на один случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств краевого бюджета – 101 372,60 рубля на 2022 год и 101 173,29 рубля на 2023 год; за счет средств ОМС на 2022 год в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций) – 57 884,60 рубля, в федеральных медицинских организациях – 59 516,00 рубля* и на 2023 год в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций) – 61 046,50 рубля, в федеральных медицинских организациях – 62 520,10 рубля*, в том числе:

на один случай госпитализации по профилю "онкология" за счет средств ОМС на 2022 год в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций) – 176 025,30 рубля, в федеральных медицинских организациях – 95 878,40 рубля* и на 2023 год в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций) – 185 673,20 рубля, в федеральных медицинских организациях – 100 499,80 рубля*;

на один случай госпитализации по медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "медицинская реабилитация", и реабилитационных отделений медицинских организаций за счет средств ОМС на 2022 год в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций) – 58 501,60 рубля, в федеральных медицинских организациях – 58 041,80 рубля* и на 2023 год в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций) – 61 766,00 рубля, в федеральных медицинских организациях – 60 716,80 рубля*;

на один койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая койки паллиативной медицинской помощи и сестринского ухода), за счет средств краевого бюджета – 3 379,46 рублей на 2022, 2023 годы.

Территориальные нормативы финансовых затрат на один случай экстракорпорального оплодотворения составляют: на 2021 год в медицинских орга-

низациях (за исключением федеральных медицинских организаций) – 194 451,70 рубля, в федеральных медицинских организациях – 124 728,5 рубля*, на 2022 год в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций) – 200 438,30 рубля, в федеральных медицинских организациях – 128 568,50 рубля*, на 2023 год в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций) – 210 333,40 рубля, в федеральных медицинских организациях – 134 915,60 рубля*.

Территориальный норматив финансовых затрат на один вызов скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, не включенной в территориальную программу ОМС, составляет на 2020 год – 80 060,00 рубля, на 2022, 2023 годы – 77 330,00 рубля, при этом территориальный норматив финансовых затрат на один случай оказания медицинской помощи выездными бригадами медицинской помощи во время транспортировки при санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами (за исключением расходов на авиационные работы), составляет 10 091,00 рубля на 2021 год, 10 494,60 рубля на 2022 год, 10 914,40 рубля на 2023 год.

Территориальные подушевые нормативы финансирования, предусмотренные Территориальной программой (без учета расходов федерального бюджета), составляют:

за счет бюджетных ассигнований краевого бюджета (в расчете на одного жителя) в 2021 году – 5 209,47 рубля, в 2022 году – 4 543,10 рубля, в 2023 году – 4 546,80 рубля;

за счет средств ОМС (в расчете на одно застрахованное лицо) в 2021 году – 20 206,60 рубля, в 2022 году – 21 170,20 рубля, в 2023 году – 22 375,00 рубля.

*в рамках базовой программой ОМС, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от № "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов"
